

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le lundi 24 octobre 1898, à 1 heure

Par GEORGES SCHULTZ

Né à Puteaux, le 26 octobre 1869

Ancien externe des hôpitaux de Paris et de la Maternité de l'hôpital Tenon

Médaille de bronze de l'Assistance publique

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

HERNIES DE LA TROMPE DE FALLOPE

SANS HERNIE DE L'OVAIRE

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : MM. BROCA (Aug.),
LEGUEU,
DUPRÉ, } agrégés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N° 1

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le lundi 24 octobre 1898, à 1 heure

Par GEORGES SCHULTZ

Né à Puteaux, le 26 octobre 1869

Ancien externe des hôpitaux de Paris et de la Maternité de l'hôpital Tenon

Médaille de bronze de l'Assistance publique

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

HERNIES DE LA TROMPE DE FALLOPE

SANS HERNIE DE L'OVAIRE

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. BROCA (Aug.),

LEGUEU,

DUPRÉ,

} *agregés.*



PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	DEBOVE.
	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TERRIER.
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET.
Thérapeutique.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBENE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	CHANTEMESSE.
	POTAIN.
Clinique médicale.....	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.....	RAYMOND.
	DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....	LE DENTU.
	TILLAUX.
	BERGER.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	PINARD.
	BUDIN.

Agrévés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ.	LEJARS.	THIERY.
ALBARRAN	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ANDRÉ.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
BONNAIRE.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BROCA (AUG.).	GILLES DELATOURETTE	MENETRIER.	VARNIER.
BROCA (ANDRÉ).	HARTMANN.	MÉRY.	WALLICH.
CHIARRIN.	LANGLOIS.	ROGER.	WALTHER.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
PIERRE DELBET.	LEGUEU.	TEISSIER.	WURTZ.

Secrétaire de la Faculté : PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

Hommage de reconnaissance et de tendresse filiale.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Pendant que nous allions, au mois de juin dernier, faire de la médecine opératoire à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, notre excellent ami Pierre Wiart eut l'occasion de nous montrer une double hernie congénitale de la trompe de Fallope, sans hernie de l'ovaire, qu'il avait trouvée, par hasard, sur un cadavre d'enfant. Notre ami, qui avait déjà publié, avec M. Launay, un cas de hernie de la trompe et de l'ovaire, fut vivement intéressé par ce fait de hernie de la trompe non accompagnée de l'ovaire. Nous fîmes ensemble, à ce sujet, quelques recherches bibliographiques : sur son conseil, je poussai plus avant l'étude de la question, espérant pouvoir lui consacrer ma thèse inaugurale.

Nous croyons avoir fait des recherches aussi complètes que possible. Nous avons trouvé, ou retrouvé plusieurs observations, ce qui nous permet d'en réunir vingt et une.

Disons dès l'abord que nous nous sommes beaucoup inspiré du travail de M. le professeur agrégé Lejars, paru dans la *Revue de chirurgie* de 1893 : le premier, il a réuni dans une revue générale les faits jusqu'alors connus, le premier il a donné une vue d'ensemble sur cette question des *hernies de la trompe non accompagnée de l'ovaire* : partant d'une observation personnelle, celle qui porte le n° 1 de son mémoire, il a rassemblé les faits épars dans la littérature, et établi l'anatomie pathologique, le tableau clinique, le traitement

de cette affection. Nous sommes heureux de reconnaître ici combien nous lui devons.

Mais nous avons cru devoir à la Faculté à laquelle nous soumettons ce travail, de recourir aux sources mêmes, aux travaux originaux, de rechercher, personnellement, dans la littérature, ce qui a trait aux hernies de la trompe seule. Il nous a été impossible de consulter toutes les thèses, tous les mémoires de la province et de l'étranger ; mais, nous aidant des renseignements bibliographiques contenus dans le mémoire de M. Lejars, dans celui de M. Kousmine, et dans l'article de M. le professeur Berger (deuxième édition du *Traité de chirurgie*), nous avons relu tous les articles de revues, françaises ou étrangères, toutes les thèses de la Faculté de Paris, se rattachant plus ou moins à notre sujet. Nous avons aussi tenu à parcourir la plupart des traités de chirurgie herniaire : nous devons dire que, à part un mot ou deux, une allusion à la possibilité de hernies de la trompe seule, nous n'y avons rien trouvé.

Ce fait nous a enhardi dans notre propos ; et nous nous sommes d'autant plus facilement décidé à traiter *des hernies de la trompe seule* que ce sera la première thèse sur ce sujet soutenue devant la Faculté de Paris, thèse qui aux neuf faits publiés par M. Lejars, en ajoutera douze autres que nous avons cru retrouver dans la littérature, ou qui ont été publiés depuis son mémoire.

Nous tenons, avant d'aller plus avant, à nous conformer à l'usage, et à remercier ceux qui ont été nos maîtres et nos guides dans la bonne voie, usage heureux entre tous, car il nous permet de montrer un peu de notre gratitude à ceux qui nous ont tant donné.

Mon premier souvenir doit être pour le Dr Jules Sollier qui m'a montré, par un exemple que je ne saurais oublier, ce que sont la vraie science et le vrai dévouement, qui m'a su faire admirer les bons médecins et m'a donné le désir d'en devenir un à mon tour.

Je ne saurais oublier que mon premier maître à l'hôpital a été M. Barth, alors médecin de l'hôpital Broussais : le premier, il m'a appris à interroger les malades, tout en sachant respecter leur souffrance. De même, M. Chaput s'est donné la tâche ingrate de m'enseigner avec une bienveillance insaisissable les prolégomènes de la chirurgie.

M. Juhel-Rénoy, M. Prengrueber, chez qui j'ai passé ma première année d'externat, sont morts : mais je leur garde toute la reconnaissance que je leur dois.

M. Quénu a bien voulu m'accepter comme bénévole, puis comme externe dans son beau service de l'hôpital Cochin : bien plus, il m'a ouvert toutes grandes les portes de son laboratoire particulier de l'amphithéâtre des hôpitaux, j'ai donc eu l'honneur de rester plusieurs années son élève : mon ambition est de rester toujours imprégné de sa doctrine.

J'ai passé une année dans le service de M. Champetier de Ribes, année que j'ai trouvée trop courte, car je suis encore sous le charme de son exquise et bienfaisante bonté, qui donne un si grand prix à son enseignement : par lui, j'ai appris la valeur de la hardiesse quand elle a constamment pour but unique le plus grand bien des malades.

J'aurais voulu montrer à M. Albarran quelle respectueuse et reconnaissante affection je lui ai vouée : il a été pour moi le véritable maître, celui du cœur et celui de l'esprit, celui qui fait comprendre, celui qui apprend à aimer. Qu'il m'ait

guidé en chirurgie générale ou en chirurgie urinaire, toujours il m'a fait voir le côté scientifique, la vérité profonde et une qui se cache sous les formes, encore que changeantes, de la clinique. Il a bien voulu me montrer, en plus d'une circonstance, une amitié secourable et réconfortante. Je lui adresse ici le témoignage ému de ma reconnaissance.

Pendant quatorze mois, M. Brault m'a appris ce qu'est la vraie clinique, et combien le médecin doit mettre l'observation loyale des faits au-dessus des théories et des doctrines. Vrai savant, il m'a montré à devenir un vrai médecin. Je tâcherai de mettre ses conseils en œuvre.

J'ai été deux fois l'élève de M. Bécclère : tout au début de mes études, il m'a plus d'une fois encouragé et réconforté, quand je fléchissais sous le poids des premières difficultés. Avant de finir mes années d'apprentissage j'ai voulu retourner auprès de lui, sûr de trouver à son école une doctrine médicale réfléchie, une science parfaite du malade, sûr de pouvoir emporter de son service des souvenirs et un exemple que je ne pourrai mieux faire pour mes malades et pour moi-même que de m'efforcer à imiter.

M. Butte m'a appris les éléments de la dermatologie. Initié par ses leçons, j'ai pu tirer un meilleur profit de l'enseignement si lumineux de M. Brocq ; je ne saurais assez dire quelle reconnaissance je garde à celui-ci pour tout ce qu'il m'a appris de vraie et bonne médecine.

Je tiens à remercier MM. Comby et Moizard qui m'ont si libéralement ouvert leurs services de l'hôpital des Enfants.

Je n'oublierai pas davantage MM. Mosny, Villemin, Gley et Sebileau, qui si souvent m'ont donné leurs amicaux con-

seils, non plus que MM. Luc, Gouly et Desnos qui m'ont bien voulu admettre à leurs cliniques.

Je prie M. le professeur Raphaël Blanchard d'accepter l'hommage de ma reconnaissance pour l'intérêt qu'il m'a constamment témoigné au cours de ma première année.

Je remercie M. le professeur Tillaux de me faire le grand honneur de présider ma thèse inaugurale. Je n'ai pas eu le bonheur d'être jamais attaché à son service. Mais, comme tous les étudiants de langue française, je puis me dire son élève : ce que je sais de plus sûre façon en anatomie, je le dois à son merveilleux livre ; — son *Traité de chirurgie clinique* sera mon conseil de chaque jour : en suivant sa doctrine, je serai sûr de faire un médecin honnête et de soulager les douleurs qui se confieront à moi.

Étude anatomique.

Les hernies de la trompe, sans hernie de l'ovaire, dont les observations ont été publiées, sont, outre une observation de hernie obturatrice (Obs. X), des hernies inguinales ou crurales : la proportion n'est pas tout à fait égale des unes et des autres, puisque nous en avons pu recueillir douze inguinales (Obs. I, II, IV, VI, XIII, XIV, XVI, XVII, XVIII, XX, XXI) contre neuf crurales (Obs. III, V, VII, VIII, IX, XI, XII, XV, XIX). Elle est, on le voit, inverse de celle qu'avait indiquée Lejars, qui avait recueilli cinq hernies crurales contre quatre inguinales. Ces simples chiffres expriment en même temps la rareté extrême des hernies de la trompe seule comparée à la fréquence relative des hernies de l'ovaire (plus de cent observations dans le mémoire de Puech, et l'on en compte un bon nombre depuis).

Le côté atteint varie de fréquence suivant qu'on considère les hernies inguinales ou crurales, et au reste la proportion semble difficile à établir, puisque sur 21 observations, nous en trouvons 4 où les auteurs ont négligé d'indiquer le côté atteint. En tous les cas, nous sommes bien loin de conclure à la prédominance énorme du côté droit qui découlait des recherches de Lejars : « Il semble, disait-il, que ces hernies soient beaucoup plus fréquentes à droite ; dans aucun fait le côté gauche n'est expressément désigné. » D'après nos observations les hernies crurales restent un peu plus fréquentes

à droite, 4 de ce côté, contre 2 à gauche, encore que dans trois cas le côté atteint n'ait pas été signalé. Pour les hernies inguinales, nous trouvons la même prédominance à droite : 5 contre 3 ; dans un cas (Obs. XXI), il y avait une hernie double, mais, beaucoup plus accentuée à droite, elle était restée interstitielle du côté gauche. Enfin, dans deux observations (Obs. IV et XVI), l'on n'a point noté de quel côté la trompe était herniée.

La hernie de la trompe, lorsqu'elle se fait par l'orifice inguinal, paraît toujours être une hernie oblique externe ; tout au moins les auteurs n'ont-ils pas signalé de trajet anormal dans leurs observations. Au contraire, parmi les faits de hernie crurale, il en est un, bien écourté d'ailleurs et bien incomplet (Obs. V), où Aubry rapporte « avoir trouvé, sur le cadavre d'une femme de soixante-dix ans, une hernie de la trompe de Fallope, qui diffère par son siège de la hernie crurale ordinaire. Elle est fixée près de la partie interne du ligament de Fallope, ou au devant du pectiné, en dehors des adducteurs, en dedans des vaisseaux cruraux. C'est une hernie à travers le ligament de Gimbernat ».

Dans sa migration en dehors de la cavité abdominale, la trompe peut rester seule, ou, au contraire, être accompagnée d'autres viscères. Dans ce dernier cas, c'est surtout l'ovaire que l'on rencontre, et la coexistence de ces deux organes donne lieu à une variété de hernie, hernie tubo-ovarienne, dont l'étude se confond avec celle des hernies de l'ovaire, et que nous éliminons de parti pris de notre sujet. D'autres fois, la trompe entraîne avec elle soit la vessie (Obs. XIII), soit une anse d'intestin (Obs. X, XII, XVI.). Il peut même arriver que la hernie de la trompe ne soit qu'un fait absolument secon-

daire au point de vue clinique, la présence de l'intestin et surtout son étranglement ayant amplement suffi à déterminer les symptômes et plus tard les accidents dont souffrit la malade. Tel fut le cas dans les faits plus haut cités. Mais cette concomitance des hernies de la trompe avec celle d'un autre organe reste en somme un fait rare, et l'on peut dire que, dans la grande majorité des cas, la trompe seule se trouve dans le sac herniaire. A l'intérieur du sac, la trompe est libre, plus rarement accompagnée d'adhérences : sa position exacte n'est notée presque nulle part. Wiart seul l'indique ainsi : « La trompe est allongée dans le sac, et oblique en bas et en dedans, elle est libre de toute adhérence, tournant en dehors son bord supérieur, tandis que le pavillon qui occupe le point le plus bas de la portion herniée regarde en dedans et en arrière. Enfin la trompe est restée unie à l'ovaire par le ligament tubo-ovarien très allongé. » Le dessin qui accompagne le mémoire de Lejars montre que dans son cas la position de la trompe était à peu près la même. Pourtant le pavillon regardait probablement en avant, et le ligament tubo-ovarien n'existait plus ou n'est point signalé.

La trompe peut être saine, ou bien malade : ce dernier cas semble être le moins fréquent dans les hernies inguinales. Sur les douze cas de hernie inguinale que nous avons réunis, la trompe était pathologique dans quatre (Obs. XIV, XVII, XVIII, XX) ; dans huit autres elle devait être normale. Nous disons : *devait*, car sur ces huit cas, il y en a quatre où la trompe fut découverte étranglée dans la hernie ; mais l'étude des antécédents semble prouver qu'avant les accidents d'étranglement l'organe était sain. Les trompes malades ont été trouvées atteintes de salpingite (Obs. XIV)

ou de grossesse tubaire. La salpingite était parenchymateuse dans le cas où elle existait. Les trois grossesses tubaires s'étaient rompues toutes trois dans le sac herniaire. A propos de ces trois observations, qui sembleraient devoir prouver une fréquence étonnante des grossesses ectopiques dans les trompes herniées, puisqu'il y en aurait trois cas sur vingt et un, nous devons ajouter que deux de ces observations ne sont pas absolument indiscutables. Bien plus, aucune des deux n'a été ainsi intitulée par son auteur. La première (Obs. I) est d'un temps où l'on ignorait l'existence des hernies tubaires ; elle a déjà servi à Puech et à plusieurs autres qui l'ont citée d'après lui : pour eux tous, il s'agirait d'une hernie de l'ovaire avec grossesse ectopique dans l'ovaire même. Mais il nous semble, d'après les détails de l'observation et aussi d'après l'énorme fréquence des grossesses tubaires comparées à celle des grossesses ovariennes, qu'on doit penser, avec beaucoup moins de chances d'erreur, à une grossesse tubaire. De même la seconde (Obs. XVII), celle de Malherbe, n'a point été cataloguée ainsi par lui ; il s'agit d'une malade entrée à l'hôpital Bichat pour une hernie étranglée à laquelle on avait fait sans succès du taxis, et qui fut opérée par Malherbe : on trouva un sac plein de caillots, mais vide de tout organe, et dans l'abdomen une trompe rompue au milieu de caillots remplissant le cul-de-sac de Douglas. Malherbe pensa à un sac de hernie deshabité dans lequel s'était venu collecter le sang épanché dans l'abdomen, mais pourquoi alors la douleur localisée au niveau du sac, l'irréductibilité de la tumeur ? il nous semble plus logique de croire qu'il y avait une hernie de la trompe qui s'étrangla, puis fut rompue dans le sac et réduite dans l'abdomen par

le taxis qui précéda l'opération et continua à saigner dans le ventre.

Dans les hernies crurales, au contraire, la trompe paraît le plus souvent saine (en dehors de tout étranglement, bien entendu), puisque sur les huit cas où son état a été noté, nous n'en trouvons que deux où l'on signale, pour la première (Obs. XV), une « trompe dilatée en kyste », et pour la seconde (Obs. XIX), un pyosalpynx ancien avec des lésions d'infection secondaire récente. Dans tous les autres cas, la trompe, plus ou moins atteinte par des accidents d'étranglement qui amenèrent la découverte de son siège anormal, était très probablement saine, avant ces accidents.

A côté du déplacement de la trompe, il est bon de signaler les déplacements ou l'état pathologique des organes avoisinants, surtout de l'utérus et de l'ovaire.

Nous pouvons noter tout d'abord que Englisch signale un développement exagéré et une longueur anormale du ligament de la trompe ; nous y reviendrons en étudiant la pathogénie. L'ovaire peut avoir gardé sa situation normale (Obs. III), ou avoir suivi en partie la trompe et se tenir prêt à pénétrer dans le sac herniaire à la première occasion. C'est ainsi que dans l'observation XXI, l'ovaire était déplacé et arrêté au niveau de l'orifice inguinal interne.

L'utérus n'a point toujours gardé sa situation normale : la trompe herniée a entraîné de son côté la corne utérine correspondante et l'utérus a pris ainsi une direction oblique, le corps étant dévié du côté où la hernie existe, le col regardant du côté opposé. Cette disposition, très nettement indiquée dans l'observation XXI, a été retrouvée par Kousmine à l'aide du toucher vaginal (Obs. XV). Enfin, l'utérus lui-même peut

être déplacé : prolapsus utérin dans un fait de Brünner (Obs. XI) ; il est vrai que, plus loin, l'auteur parle d'un col très hypertrophié et d'une cavité utérine ayant à l'exploration une longueur de 14 centimètres, peut-être ne doit-on voir là qu'un cas d'hypertrophie sous-vaginale du col, le prolapsus de l'utérus s'accordant difficilement avec l'existence d'une hernie de la trompe. D'autres fois, l'utérus est le siège de volumineux fibromes utérins (Obs. VI, XIII), et cet état pathologique peut avoir une certaine importance dans la pathogénie de l'affection.

Les hernies de la trompe, comme celles des autres viscères, peuvent s'étrangler ; souvent même, ainsi qu'on le verra lorsque nous étudierons les symptômes, ce sont les accidents d'étranglement qui révèlent l'existence d'une hernie jusqu'alors inconnue.

Des causes déterminantes et du mécanisme même de cet étranglement nous ne dirons rien, car il n'y a dans ces cas aucune différence entre l'affection que nous étudions et les hernies banales.

Nous ne nous arrêterons point davantage sur l'agent de l'étranglement, puisque rien non plus ne s'y révèle ici de spécial. Mais nous devons tenter tout au moins une courte description des lésions que présente la trompe herniée et étranglée.

A la suite d'une constriction intense, la trompe devient rouge, augmente de volume et s'œdématie ; puis, à mesure que la gêne circulatoire augmente, sa coloration devient plus foncée, puis violette, enfin « noirâtre par places : la surface sèche se dépolit », et le sphacèle commence. Dès le début de l'étranglement, le sac herniaire s'était rempli d'un liquide

séreux (Obs. III); celui-ci devient rapidement louche, et, bientôt après, purulent. La trompe elle-même est pleine de pus, et la moindre pression en fait sourdre des gouttelettes par son pavillon (Obs. XIII). Les lésions peuvent aller, plus loin encore, jusqu'au sphacèle complet de la trompe qui se sépare au niveau de son point étranglé, et se présente sous la forme d'un cordon tout noir, fait d'un tissu dense, putréfié, répandant une odeur insupportable (Obs. II). Le sac est alors rempli d'un liquide sanieux d'odeur fétide; et le voisinage d'un pareil foyer d'infection n'est point sans danger pour le péritoine.

La péritonite généralisée est en effet une complication possible, bien qu'assez peu fréquente. Pour peu, en effet, que les adhérences au point étranglé soient nulles ou insuffisantes, le liquide septique du sac peut refluer dans la grande cavité séreuse et déterminer l'apparition de la péritonite. C'est ce qui survint dans le cas de Dolbeau (Obs. VI). Un pareil mode de propagation par continuité se produisit dans l'observation III, mais l'infection était due, dans ce cas, à une ponction septique.

Si les phases successives de cet étranglement sont bien connues au point de vue macroscopique, il n'en a jamais été fait d'examen histologique; il est probable d'ailleurs qu'on y retrouverait les lésions banales de la mortification des cellules et du sphacèle.

Étiologie et pathogénie.

Avant de chercher à préciser les notions actuelles sur la pathogénie des hernies de la trompe sans hernie de l'ovaire, il nous faut rechercher les conditions d'âge et d'existence dans lesquelles elles se sont produites.

Il en est une parmi nos observations que nous mettons hors de cause, c'est celle où l'on a rencontré la trompe dans une hernie obturatrice, en même temps qu'une anse d'intestin. La pathogénie de la hernie obturatrice est déjà par elle-même assez obscure et aucune disposition spéciale ne paraît favoriser la pénétration de la trompe dans une pareille hernie : nous n'avons donc point à y insister.

Les hernies inguinales, d'après nos observations, ont été rencontrées, soit chez de tout jeunes enfants, dans 4 cas, dont un de hernie double, soit chez des adultes, dans 3 autres cas ; dans les deux autres, l'âge et le mode de début sont absolument ignorés. Chez les adultes deux avaient à peine 20 ans ; les trois autres avaient dépassé la trentaine.

Chez les jeunes enfants la hernie fut trouvée à des périodes diverses de la première année, 19 jours (Obs. IV), 3 semaines (Obs. XVI), 2 mois (Obs. XXI), un an (Obs. XVIII) ; on l'aperçut par hasard (Obs. XVI et XVIII), ou bien elle s'étrangla (Obs. IV), ou bien enfin elle fut rencontrée à l'autopsie.

Chez les adultes, elle se produisit soit à la suite d'un effort violent (Obs. II), d'un accouchement (Obs. XIV), sans cause

connue dans deux autres (Obs. I et XIII), enfin dans une éversion (Obs. XX).

Cette minutieuse enquête sur l'âge et les circonstances qui provoquaient ou accompagnaient le début des hernies, a sa raison d'être et va nous donner des notions précises sur leur nature et leur pathogénie..

On sait qu'il existe deux grandes classes de hernie inguinales, les congénitales et les acquises : les secondes se forment au travers de la paroi abdominale un trajet que les premières trouvent préparé d'avance par la persistance d'une disposition congénitale transitoire. Cette disposition congénitale transitoire est dans le cas qui nous occupe la persistance du canal de Nuck : ce canal de Nuck est un diverticule de la grande séreuse péritonéale qui suit le trajet inguinal et peut venir jusque dans la grande lèvre. Le plus généralement ce diverticule n'existe que chez l'embryon et s'oblitére avant la naissance ; mais il peut persister chez l'enfant après la naissance et même chez l'adulte et constitue ainsi un trajet tout préparé pour la hernie inguinale congénitale.

Ce sont évidemment des hernies de cette sorte qu'on a rencontrées sur les quatre enfants dont nous avons publié l'observation, la chose ne saurait faire aucun doute si l'on considère l'âge auquel l'affection s'est montrée.

Mais jusqu'à quel point cette pathogénie peut-elle s'appliquer aux hernies de l'adulte ? et ne sont-ce pas plutôt des hernies acquises dues aux causes qui les favorisent le plus généralement : amaigrissement, affaiblissement de la paroi, etc. ? La chose est très probable pour 2 d'entre les 5 apparues chez des femmes de plus de 30 ans sans cause bien déterminée, sans que non plus l'époque exacte de leur début ait été

notée de façon précise ; mais pour les autres nous inclinons plutôt à les croire congénitales ; elles ont eu le mode d'apparition des hernies de force, survenant tout d'un coup à la suite d'un effort violent ou d'un accouchement, revêtant d'emblée le volume qu'elles ont gardé dans la suite ; et pour elles comme pour les hernies de force qui surviennent chez l'homme, il semble plus satisfaisant pour l'esprit de supposer qu'elles se sont faites dans un trajet préformé.

Si bien qu'il paraît résulter de cette étude que les hernies inguinales de la trompe sans hernie de l'ovaire sont à l'égal des hernies tubo-ovariennes, au moins aussi fréquentes, et plus fréquentes même si l'on admet notre hypothèse, que les hernies acquises.

Sur les 9 cas de hernie crurale de la trompe, que nous avons recueillis, il en est 8 seulement où l'âge et le mode de début aient été notés. Elles sont toujours apparues chez des adultes, et surtout des adultes âgées de 40 à 60 ans ; un seul cas chez une femme de 25 ans. C'est dire que ce seront avant tout des hernies de faiblesse. C'est dire aussi, que si l'on s'en tient aux adultes, la proposition de Lejars est vraie, qui soutenait la fréquence plus grande des hernies crurales de la trompe.

Le mode de début a été le plus souvent lent et ignoré : c'est par hasard, et sans qu'on puisse en rattacher l'apparition à une cause déterminée, que les malades ont constaté l'existence d'une hernie généralement petite. Dans deux cas pourtant c'est brusquement, à la suite de fatigues violentes (Obs. II) ou d'un traumatisme (Obs. XV), qu'est survenue la hernie.

L'âge même de la malade au moment du début de son affection suffirait à éloigner l'idée de toute congénitalité ; l'anato-

mie nous montre d'autre part qu'il n'existe aucune disposition fœtale à ce niveau, dont la persistance puisse jouer le rôle que nous avons reconnu tout à l'heure au canal de Nuck.

Mais, par contre, nous devons examiner s'il n'existe pas chez l'adulte des dispositions anatomiques ou des états pathologiques expliquant la plus grande facilité de l'issue de la trompe par l'anneau crural et par là même la plus grande fréquence des hernies crurales. Kousmine, à la suite de l'observation que nous relatons plus loin, rapporte des recherches faites par lui sur des nouveau-nés ; il a mesuré la distance respective qui sépare le milieu de la trompe et son orifice abdominal des orifices inguinal, crural, obturateur et ischiatique, et voici ses résultats : « L'anneau inguinal interne est éloigné du milieu de l'oviducte de 1 cent. 4, et de l'extrémité périphérique à 3 centimètres. Ce qui est placé le plus près, à 2 cent. 5, de l'anneau interne du canal crural, c'est l'extrémité abdominale de l'oviducte et de l'ovaire ; le centre de l'oviducte est éloigné de l'anneau crural à 1 cent. 3. »

« C'est pourquoi les organes génitaux les plus mobiles, c'est-à-dire la partie moyenne et l'extrémité abdominale de l'oviducte, de même que l'ovaire, sont plus prédisposés à procider dans l'anneau le plus proche du canal crural, si toutefois il n'y a pas d'autres conditions congénitales qui déterminent l'entrée de la hernie dans le canal préformé à la région inguinale. »

Certaines conditions pathologiques peuvent aussi jouer un rôle dans la production de ces hernies ; ce sont celles qui augmentent la mobilité de la trompe, ou en changent la situation normale. Telles les grossesses répétées qui amèneraient un allongement anormal de l'aileron de la trompe.

Telles les affections utérines, les fibromes par exemple, qui provoquent l'ascension de la trompe et surtout de son insertion utérine, et amènent des rapports plus ou moins intimes de cet organe avec la paroi.

L'amaigrissement en raréfiant le tissu cellulaire du petit bassin, une « poussée de péritonite fœtale », le « relâchement des tissus dans le voisinage des glandes lymphatiques » peuvent amener la production d'un infundibulum péritonéal plus ou moins prononcé, et qui reste vide jusqu'au jour où, sous l'influence d'un effort ou d'un traumatisme, vient s'y engager un viscère quelconque de la cavité abdominale. Telle est l'explication des deux cas de hernie crurale à début brusque, de hernie de force si l'on peut dire. Mais ces cas sont les plus rares et, dans leur majorité, les hernies crurales de la trompe, à l'égal de celles des autres viscères sont des hernies de faiblesse.

De ce chapitre de pathogénie l'on peut conclure ce qui suit. Les hernies inguinales de la trompe sont aussi fréquentes chez l'enfant que chez l'adulte, chez le premier elles sont toujours congénitales; chez le second, elles peuvent l'être dans le cas de hernie de force, à début brusque. Les hernies crurales ne se rencontrent que chez l'adulte; ce sont presque toujours des hernies de faiblesse, favorisées par les causes adjuvantes habituelles de ces sortes de hernie.

Étude clinique.

I. — Symptômes et diagnostic.

La lecture, même rapide, de nos observations, montre que rien n'est difficile comme de diagnostiquer une hernie de la trompe, ou même, simplement, de vouloir établir le syndrome clinique de cette affection. Disons tout de suite que la revue des symptômes rencontrés chez ces malades ne nous en fera trouver aucun qui soit spécifique, ni même une réunion de symptômes, un syndrome, qui autorise jamais à affirmer ce diagnostic.

Nos observations, en effet, ont trait ou bien à des hernies dont l'histoire clinique nous est restée inconnue, ou bien à des hernies de la trompe qui ont évolué, soit comme des hernies à contenu banal, soit comme des affections diverses de l'aine. Très peu ont pu laisser soupçonner leur nature réelle.

Dans le premier groupe, nous rangerons deux hernies de la trompe dont nous avons seulement l'histoire anatomique, les observations restant absolument muettes sur leurs antécédents cliniques, qu'il s'agisse d'une vieille femme (Obs. V) ou d'une toute petite fille (Obs. XXI).

Parmi les hernies de la trompe dont l'histoire clinique est analogue ou identique à celle des hernies communes, les unes se sont produites chez des enfants (Obs. XVI, XVIII), et ont présenté, étranglées ou non, les mêmes symptômes

physiques et fonctionnels que les hernies congénitales ordinaires. Des hernies rencontrées chez les adultes nous pouvons, tout en laissant ici de côté les considérations d'étiologie et de pathogénie, faire deux classes : les hernies survenues spontanément et les hernies dites « de force ».

Les hernies, que tout, dans leur histoire clinique, permet de considérer comme spontanées (Obs. III, IX, XVI), ont été aperçues de la malade par hasard, se sont développées lentement, progressivement, sont rentrées, puis sorties encore, à différentes reprises, les unes pour ne s'étrangler jamais, les autres pour devenir peu à peu irréductibles, puis s'étrangler.

Quant aux hernies de force, quelques-unes sont survenues après un accouchement (Obs. XIV, XVII) ; d'autres ont eu pour cause déterminante un effort assez léger comme une marche ou un changement de position (Obs. II) ; d'autres, enfin, un effort plus pénible comme ceux qu'exigent les travaux des champs (Obs. XI) : et alors il survient qu'une hernie, sortie par un premier coup de force, rentre dans l'abdomen pour en sortir de nouveau lors d'un nouvel effort, devient alors plus gênante, puis irréductible, et finit par s'étrangler. L'observation XV rapporte l'histoire d'une malade dont la hernie, qui ne se traduisait jusque-là que par des douleurs et de la gêne fonctionnelle, a fait irruption à la région inguinale après de violentes manœuvres de massage, véritable traumatisme. Mais ici encore, toutes ces hernies de la trompe sauf une peut-être (Obs. XV) n'ont présenté au clinicien aucun autre phénomène que ceux qu'il a coutume de retrouver dans la plus vulgaire hernie inguinale ou crurale.

Quelques hernies de la trompe, au contraire, sont sorties du type commun pour présenter des symptômes d'affections

peu fréquentes de l'aine : celles-là, du moins, ont-elles été diagnostiquées ? Pas plus que les précédentes. L'une a été prise tantôt pour un bubon vénérien, tantôt pour une épiplocèle (Obs. I). Une autre présentait tous les signes d'une « hydrocèle d'un sac herniaire crural » (Obs. VIII). Une troisième offrait à l'exploration une tumeur fluctuante et translucide qui en imposait pour une ancienne « hernie étranglée dont le sac subsistait et avait formé kyste » (Obs. VIII). Une autre encore (Obs. X), considérée d'abord comme une hernie crurale étranglée, a été reconnue pendant l'opération pour être une hernie obturatrice, dans le sac de laquelle l'autopsie seule a révélé la présence de la trompe, à côté de celle de l'intestin. Une dernière enfin (Obs. VI) se présentait tout d'abord comme un abcès chaud de la région inguinale, pour ne s'affirmer que plus tard comme un sac herniaire étranglé et suppuré.

A côté de ces derniers faits nous pouvons ranger les trois cas de grossesse extra-utérine dont nous avons déjà parlé, et qui ne laissent point d'être intéressants. Résumons-en rapidement l'histoire. Le premier est une erreur de diagnostic complète : le chirurgien avait pris la tumeur qui lui était soumise pour un bubon ou pour une épiplocèle, puis les battements que présentait la tumeur l'avaient fait penser à un anévrysme, et, le jour de son intervention, il n'avait plus guère d'opinion ferme : il trouva un fœtus vivant, appartenant à une grossesse extra-utérine que, nous l'avons déjà dit, il croyait péritonéale et que nous considérons comme tubaire. — Le deuxième cas présentait cliniquement un syndrome mixte qui était à la fois celui d'un étranglement herniaire et celui d'une inondation sanguine péritonéale due probablement à la rupture d'une grossesse extra-utérine. Mais la tu-

meur inguinale avait été attribuée à une hernie de l'intestin : nous avons interprété cette observation comme celle d'une hernie de grossesse tubaire que le taxis avait rompue, puis refoulée dans le ventre. — L'observation XX, enfin, nous montre, encore une fois, une grossesse tubaire, dans une hernie inguinale, accompagnée d'une autre hernie intestinale, celle-là, du côté opposé : on avait pensé à une double hernie intestinale.

Dans aucun des trois cas, le diagnostic exact n'avait été fait.

Comment, d'ailleurs, y réussir ? De toutes nos observations, une seule rapporte un diagnostic de hernie de la trompe (et de l'ovaire) (Obs. XIV) posé avant l'intervention et basé sur ce fait que depuis quelque temps les règles de la malade étaient moins abondantes, et surtout que la palpation de la tumeur étranglée provoquait une douleur très vive, « analogue à celle que donne le froissement d'un testicule retenu dans le canal inguinal ».

L'on sait, en effet, que les auteurs qui se sont occupés des hernies de l'ovaire ont décrit un syndrome spécial à la présence de cet organe dans un sac inguinal ou crural. Pour eux, les douleurs, plus ou moins vagues en temps ordinaire et dans leur intensité et dans leur localisation, deviennent, au moment des règles, beaucoup plus intenses, et irradient tout particulièrement dans le petit bassin. En même temps, la tumeur grossit, devient plus saillante et plus visible, et, par ce fait, présente des symptômes de pseudo-étranglement.

Outre les douleurs, accrues dans leur vivacité, dont nous avons déjà parlé, la malade présente un état d'éréthisme gé-

néral, est très nerveuse, peut avoir facilement des syncopes, et vit dans un état d'anxiété continue. Dans l'intervalle des règles, l'ovaire hernié présente, sous la main qui l'explore, cette même « sensibilité exquise » qui affecte le testicule ectopié. Une compression trop forte ou trop prolongée atteint tout le système nerveux de la malade, et provoque chez elle, de véritables accès de « priapisme » (Loumagne). On pourrait retrouver quelque chose d'analogue à ces phénomènes douloureux dans notre observation XV. Peut-être aussi le fait qu'une trompe est herniée tend-il à diminuer l'abondance de l'écoulement menstruel (Obs. XIV).

Mais l'examen direct de l'appareil génital nous renseignera peut-être mieux sur la nature véritable de la hernie. Si l'utérus est dévié du côté de la hernie et semble être en connexion étroite avec l'organe hernié, il est probable qu'il s'agit de l'ovaire ou de la trompe, et certainement, si le doigt atteint l'ovaire et reconnaît sa présence dans le petit bassin, de la trompe seule.

En résumé, pour avoir quelques chances de reconnaître une hernie de la trompe, il faut d'abord bien examiner la tumeur extérieure, puis interroger les signes fonctionnels, et, enfin, demander au toucher vaginal tous les renseignements qu'il peut donner, sans jamais négliger un examen obstétrical de la femme, de peur de méconnaître une hernie d'une grossesse tubaire.

Mais nous ne craignons pas de répéter que la revue de nos observations nous prouve que, bien rarement, ce diagnostic peut se faire.

Est-ce que, tout au moins, l'évolution des hernies de la trompe, leurs accidents, et, en particulier, leur étranglement, les distinguent des hernies communes ?

II. — Marche. — Complications.

Quelques-unes des hernies de la trompe provoquent une intervention et sont guéries avant toutes complications ; mais le plus grand nombre d'entre elles tendent à s'étrangler, et finissent par présenter le syndrome complet de l'étranglement herniaire franc.

Sur nos dix-neuf observations complètes, douze (Obs. II, III, IV, IX, X, XI, XII, XIII, XIV, XVI, XIX, XX) se sont étranglées. Chez les unes, l'étranglement a été brusque : il a même été le premier symptôme (Obs. IV) ou presque le premier (Obs. XIII), qui ait attiré l'attention sur nos malades. D'autres fois, l'on a eu affaire à des accidents immédiats d'étranglement chronique transformés plus ou moins vite en étranglement aigu. Mais, le plus souvent, comme dans l'étranglement du type commun, nos hernies ont présenté une longue période de tolérance, puis l'étranglement est survenu (Obs. XVI, XVII et XX) ; ou bien il a été aigu du premier coup, qu'il se soit présenté une seule fois (Obs. XIV, XVI, XIX) ou qu'il se soit répété ; ou bien le chirurgien a assisté au tableau classique de l'étranglement chronique intermittent qui a fini par devenir absolu (Obs. II, XII, XI, XX). Nous devons faire remarquer cependant que parfois nous n'avons point eu le syndrome de l'étranglement vrai, mais seulement d'une irréductibilité plus ou moins prolongée d'une part (Obs. III) ou, d'autre part, celui d'une péritonite, d'un véritable « abcès herniaire » (Lejars).

Nous rappellerons d'ailleurs qu'on s'est demandé si la trompe s'étranglait véritablement, et que, tandis que M. Le-

jars penche vers l'affirmative, M. Berger reste hésitant. Il nous faut aussi ajouter que, assez souvent (Obs. XX), l'intestin a été étranglé en même temps que la trompe et qu'on semble devoir imputer à sa lésion une grande part des symptômes.

Quoi qu'il en soit, l'étranglement de la hernie de la trompe présente les mêmes symptômes ou presque les mêmes que l'étranglement de l'intestin.

Les accidents sont rapidement très intenses et très graves : souvent les phénomènes nerveux dominant, s'accompagnent d'une réaction générale très vive, avec des crampes, des contractures, le tout coupé d'alternatives de torpeur, tandis que s'installent les signes classiques de la péritonite herniaire.

Localement, la tumeur herniaire, comme toute tumeur herniaire, est rouge, tendue, résistante et dure, étranglée. Un point important est d'interroger les fonctions de l'intestin. Pour MM. Berger et Lejars, l'étranglement de la hernie de la trompe se distinguerait absolument de l'étranglement commun par ce fait que jamais il ne présenterait de vomissements fécaloïdes, que jamais l'arrêt des gaz et des matières n'y serait complet. Pourtant, dans quelques-unes de nos observations (Obs. II et XIX), l'absence des selles est nettement notée, sans parler des faits où la hernie de la trompe s'est accompagnée de hernie intestinale.

De ces hernies étranglées, la plupart ont été opérées à temps, et ont normalement guéri. Chez quelques-unes, on n'est intervenu qu'assez tard, alors que la péritonite herniaire était déjà en pleine évolution ; ou bien on a laissé l'abcès herniaire s'ouvrir spontanément. Les divers auteurs

insistent sur le caractère de fétidité (cf. *Anatomie pathologique*) du pus que l'on rencontre alors, sur l'aspect gangréneux que présentent les organes, sur le sphacèle de la hernie, sac et contenu. Rappelons que plusieurs fois on a trouvé dans ces hernies des trompes malades, qu'elles soient atteintes de lésions chroniques ou que leur infection soit aiguë.

Sans vouloir discuter ici quel est le véritable agent d'infection, si la suppuration salpingienne est d'origine spécifique ou banale, si elle est primitive ou secondaire, quelles en sont les voies (Brünner, Gœpel, Berger, Lejars), nous devons cependant rappeler combien ces infections peuvent compliquer l'étranglement herniaire. Les faits de grossesse tubaire, que nous avons déjà cités, doivent nous faire penser qu'à côté de ces suppurations salpingiennes, il pourrait se rencontrer quelque jour des cas où des fœtus morts et putréfiés pourraient infecter leur œuf et la trompe.

En terminant cette revue des complications et de l'étranglement de la hernie de la trompe, pouvons-nous espérer que ce fait des suppurations si fréquentes des sacs herniaires et surtout celui de la conservation plus généralement observée du cours des matières fécales et des gaz intestinaux puisse rendre plus facile le diagnostic de ces hernies à la période d'étranglement ? Nous n'oserions trop l'affirmer.

Un dernier point du diagnostic est de reconnaître la trompe dans le sac, celui-ci une fois ouvert, soit spontanément, soit par le bistouri. Voici ce que dit M. Lejars : « A moins qu'elle ne soit gangrenée en totalité, flasque, affaissée et noirâtre, ce diagnostic n'est pas en général si ardu ni si complexe. Le chirurgien, de prime abord, est un peu étonné : il s'attendait

à trouver tout autre chose en ouvrant le sac herniaire ; mais avec un peu d'attention il ne tarde pas à reconnaître la trompe et le pavillon frangé qu'on a comparé à une fleur d'œillet rouge épanouie. »

Pronostic et traitement.

Le pronostic des hernies de la trompe ne semble pas devoir être aussi sombre qu'on serait tenté de le croire au premier abord. L'un de nos cas n'a aucune histoire clinique (Obs. V), un autre a été trouvé à l'amphithéâtre d'anatomie (Obs. XXI). Les dix-neuf autres nous donnent un total de cinq morts : une fois (Obs. IV), l'étranglement très rapide a tué un nourrisson pour lequel aucune intervention n'a été possible. Deux autres cas nous laissent voir deux péritonites herniaires (Obs. III et VI) ayant succédé à des interventions malheureuses : ponction ou incision. Les deux dernières morts, enfin, peuvent être attribuées bien plutôt à l'étranglement intestinal (Obs. X et XX) qui accompagnait les hernies de la trompe que ces dernières mêmes.

Les quatorze autres cas, encore que deux fois il y ait eu concomitance d'étranglement intestinal (Obs. XII et XVI), ont guéri, spontanément quelques-uns, la plupart après une intervention.

Que doit être cette intervention ?

Tant que la hernie n'est point étranglée, les chirurgiens ne sauraient donner au problème d'autre solution que celle qu'ils ont adoptée pour le traitement de la hernie non étranglée commune, et faire autre chose que proposer une intervention ou appliquer un bandage. Rappelons toutefois que dans le cas qui nous occupe, le bandage peut avoir de gros inconvénients, dès qu'il ne reste point parfaitement appli-

qué, laissant ressortir la hernie dont le contenu peut faire saillie sous lui : des plus graves serait le péril que provoquerait la rupture dans le sac d'une trompe suppurée ou habitée par un œuf, rupture due aux traumatismes du bandage.

Une fois la hernie étranglée, la kélotomie s'impose, sans qu'on ait à s'occuper du contenu du sac. Que si le diagnostic de hernie étranglée ne soit pas ferme, que l'on puisse penser à un bubon ou à un abcès quelconque de la région de l'aîne, tout en hésitant, l'intervention devra être prudente; on devra se méfier des ponctions, toujours aveugles, faites au trocart ou au bistouri, mais bien inciser couche par couche, en sachant à tout instant ce que tranche le couteau, de façon à être prêt à toute surprise.

Nous attirerons l'attention sur ce fait d'une intervention radicale chez une femme enceinte qui fut guérie et dont la grossesse continua son évolution (Obs. VII).

Une dernière question se pose. Comment traiter la trompe herniée, une fois le sac incisé ? M. Broca réduirait volontiers la trompe dans le ventre, tant que les lésions n'en seraient ni trop avancées ni dangereuses pour le péritoine. Brünner a pris deux fois ce parti (Obs. IX et XI). Mais nous ne saurions mieux faire que de donner encore une fois la parole à M. Lejars : « Ici, il faut, comme pour l'intestin, prendre conseil de l'état du viscère hernié. Pourtant, *l'excision nous semble de beaucoup plus sûre*, et volontiers nous en ferions une règle, dans les hernies de la trompe. Hormis le cas encore inobservé, d'une hernie tubaire double chez une femme jeune, où l'excision tubaire bilatérale équivaldrait à une castration double, il y a tout avantage à enlever une trompe herniée, enflammée souvent, susceptible d'infecter le péritoine ou plus tard

de retomber dans un sac herniaire. On aura soin d'amener à l'extérieur une bonne partie du conduit tubaire, et de jeter une forte ligature, au catgut ou à la soie, bien au delà du contour de la portion serrée : la cautérisation soignée au fer rouge de l'orifice béant et la destruction de toute la muqueuse constituent une précaution nécessaire. »

A plus forte raison, cette manière de faire s'impose-t-elle quand la hernie de la trompe contient une grossesse extra-utérine.

OBSERVATIONS

N. B. On trouvera à l'index bibliographique les sources d'où viennent nos vingt et une observations.

OBS. I. — *Hernie inguinale de l'ovaire droit* (1). — *Conception ; incision à la tumeur et extraction du fœtus. — Guérison.*

(LÉGER DE GOUËY)

Dans le mois d'août de l'année 1706, une jeune demoiselle de 20 à 21 ans, ayant une tumeur à l'aîne droite, grosse comme un œuf de poule, qui avoit commencé à paroître depuis environ un mois, vint chez moy me consulter sur ce sujet ; l'ayant visitée, je pris d'abord cette tumeur pour un bubon vénérien, d'autant que cette demoiselle n'était pas indifférente aux caresses d'un jeune homme qui me l'amena chez moy et que j'avois même traité depuis peu d'une petite galanterie, dont il étoit pour lors parfaitement bien guéri.

La tumeur n'étant point accompagnée de douleurs ni d'aucuns autres accidents, je n'y appliquai rien dessus, et je dis à la malade qu'elle ne se mit pas en peine de la suite.

Peu à peu cette tumeur augmentait sans que cette demoiselle ressentit aucunes douleurs capables de me faire connoître qu'il y eut de la matière ; la touchant, je sentais des inégalités et un battement d'artères assez considérable. Je ne sçavois que croire sur la nature de cette tumeur ; les inégalités m'auroient volontiers fait conjecturer que c'eût été une épilocelle, si les battements d'artères que j'y remarquois alors ne m'eussent fait craindre quelque anévrysme interne causé par la dilatation des artères de l'épiploon, et de celles qui arrosent les aponeévroses des muscles de l'abdomen.

(1) Nous avons dit déjà pourquoi nous considérons cette observation comme un cas de hernie de la trompe.

Cette demoiselle voyant que sa tumeur grossissait de plus en plus et que depuis deux mois et demi elle étoit devenue de la grosseur d'un pain d'une livre, elle me pria de la guérir de quelque manière que ce fût. Je n'y voulois point toucher sans l'avis et la présence de quelques personnes ; je craignois de passer pour un téméraire, si je ne réussissais point dans mon entreprise, d'autant que la malade étoit de bonne famille, et qu'elle tenoit un assez beau rang parmi la noblesse ; d'ailleurs son commerce amoureux avec son amy n'étoit pas connu.

Je représentai donc à cette demoiselle tous les dangers où elle s'exposait ; toutes mes raisons furent inutiles, elle me pressa fort de faire mon possible pour la soulager, aussi je me déterminai à faire l'opération du *bubonocelle*.

Je commençai par apprêter mon appareil ainsi qu'on a contume ; j'incisai les téguments en la manière ordinaire ; après les avoir incisés j'aperçus un sac de couleur brune, que je pris d'abord pour la poche qui se fait par l'allongement du péritoine dans la chute de l'intestin, ce qui l'étoit aussi.

Lorsque j'eus mis cette poche à découvert, j'y aperçus un battement très manifeste, cela fit redoubler ma crainte, mais comme ce battement n'étoit que d'espace en espace, je fis une incision entre deux, par laquelle il sortit la valeur d'un demi-septié (mesure de Paris) d'une eau assez claire. La tumeur ayant diminué de grosseur par l'écoulement de ces eaux, j'introduisis dans l'ouverture une sonde creuse sur laquelle je coulai des ciseaux pour couper cette poche que je trouvai double.

La poche étant incisée, je trouvai un petit fœtus long d'un demi-pied et gros en proportion de sa longueur ; j'ondoyai promptement cette petite créature, qui étoit un garçon encore vivant, je fis la ligature du cordon ombilical et le coupai ainsi qu'on a coutume de faire.

Le sac de couleur brune que j'avais vu d'abord étoit une production ou un allongement du péritoine qui contenait les enveloppes du fœtus desquelles ces eaux étoient sorties.

Selon toutes les apparences, ce petit garçon avait environ 2 mois et demi ou trois mois au plus, vu que sa mère ne s'étoit aperçue de la

tumeur que depuis ce temps et que ses ordinaires avaient aussi cessé de couler.

Les inégalités et les battements d'artères que j'avais vus à la tumeur provenaient sans doute du cordon ombilical, je le pris afin de le suivre et voir les adhérences du placenta, mais le tirant tant soit peu à moy, je le détachai sans aucune violence. Ce placenta était attaché à la circonférence de l'anneau du muscle oblique externe et aux parties voisines. Comme l'anneau de ce muscle me paraissait donner occasion à quelque hernie, je le scarifiai tout autour ; j'y appliquai dedans une tente chapronée et par dessus je mis le reste de mon appareil.

J'aurais souhaité qu'on m'eût permis d'appeler quelques personnes pour être témoins à une chose si extraordinaire ; j'eus beau faire, on ne le voulait pas, parce qu'on appréhendait que cette opération fit trop de bruit dans la ville.

Il y a apparence que cet œuf avait sorti par la distance qui se trouve entre les dentelures de la trompe, lorsque l'ovaire en était embrassé et qu'après être tombé dans l'abdomen par les ligaments ronds de la matrice qui viennent passer par les anneaux des muscles du bas-ventre (où sans doute cet œuf avait été rendu fécond), il s'était logé dans l'anneau du muscle transverse à la faveur du relâchement du péritoïne, par le mouvement des viscères, en sorte qu'après avoir passé par les anneaux des deux obliques il s'était arrêté dans cette partie où il avait pris son accroissement.

Obs. II. — *Hernie inguinale de la trompe.*

(VOIGT)

La femme d'un prédicateur de campagne, âgée de trente-six ans, mère de six enfants, d'une bonne constitution, ressentit, à la suite d'un grand pas, le corps étant fortement incliné, dans la région inguinale droite, comme quelque chose qui s'échappait, et une tumeur se forma de la grosseur d'une aveline : elle jugea que c'était une hernie et elle chercha à la faire rentrer, ce à quoi elle réussit. Elle garda le silence sur cet accident, parce qu'il ne laissa nulle douleur à sa suite, et parce que la tumeur put être réduite sans difficulté, chaque fois qu'elle repa-

rut de nouveau ; elle remarqua néanmoins que, depuis, elle éprouvait parfois des douleurs passagères dans l'abdomen. Un an plus tard comme elle voulait enlever un objet assez lourd de dessus une large table, le corps étant fortement penché en avant, la tumeur reparut tout à coup. Elle fit d'inutiles tentatives pour la réduire ; la tumeur devint sensible ; son volume et les douleurs augmentèrent progressivement, il s'y joignit de la chaleur par tout le corps, de la soif, l'absence des selles, et enfin des vomissements.

Ce ne fut que le dixième jour que je fus appelé... Je reconnus dans la région inguinale droite, une tumeur d'environ six pouces de long, du volume du bras d'un petit enfant, d'une couleur bleu foncée), extrêmement douloureuse au toucher, et où je reconnus immédiatement de la fluctuation. J'ordonnai une saignée, et sur la tumeur, un cataplasme émollient avec le lait. Le lendemain matin, j'appris que la tumeur s'était ouverte et que la malade se trouvait assez bien, il s'écoulait de la tumeur un pus sanieux et très fétide, et, à mon grand étonnement, je vis un corps tout noir, d'un demi-pouce de long, et du volume d'une plume à écrire, qui sortait de l'ouverture de la tumeur, et que je ne pus examiner avec tout le soin nécessaire à cause des violentes douleurs que causaient mes recherches.

La journée se passa sans incident.... Le lendemain, j'appris que, la veille au soir, la malade, en faisant des lotions, avait extrait de la plaie le corps noir dont j'ai parlé, je me rendis auprès d'elle, et elle me montra ce corps. Il était putréfié et d'une odeur insupportable, sa longueur était de quatre pouces, *son volume à peu près celui d'une plume à écrire, son tissu était dense, une de ses extrémités était frangée, et il avait un canal par lequel on pouvait faire passer un fil d'archal fin.*

D'après toutes les circonstances du cas et selon toute probabilité, ce corps était une trompe de Fallope. Au bout de quatorze jours, la plaie était complètement guérie, la femme était en parfaite santé, et aujourd'hui, après six mois écoulés, elle se porte parfaitement bien.

OBS. III. — *Hernie crurale de la trompe de Fallope. — Hydropisie du sac herniaire. — Ponction. — Péritonite. — Mort.*

(BÉRARD)

Mme B..., âgée d'environ quarante-cinq ans, encore bien réglée, d'une bonne constitution, jouit habituellement d'une bonne santé... Il y a deux ans qu'elle s'aperçut de la présence, dans l'aîne droite, d'une petite tumeur qui disparaissait par la pression, et qui grossit lentement, en conservant toujours sa réductibilité.

Dans le mois de décembre 1837, l'accroissement fut plus rapide, et les douleurs de ventre devinrent plus vives qu'à l'ordinaire. Mme B... réclama de nouveau les secours de la médecine. M. le Dr Briquet, qui lui donnait des soins pour la première fois, s'aperçut bientôt que la tumeur de l'aîne était déjà irréductible, et, soupçonnant quelque relation entre cette irréductibilité et les coliques qu'éprouvait la malade, il me fit de suite appeler.

Voici le résultat de notre première inspection : il existe dans l'aîne, du côté droit, une tumeur volumineuse, à base large, à surface égale, excepté dans un point, en dedans et en haut, où il y a une saillie en mamelon de la largeur du bout du doigt. Cette tumeur, qui dépasse le volume d'un œuf de poule, s'étend un peu vers le ventre et la grande lèvre droite. La peau qui la recouvre a conservé sa couleur et son épaisseur naturelles, si ce n'est au niveau du mamelon, où elle est très amincie et présente une teinte légèrement bleuâtre. Ce mamelon excepté, la peau glisse partout sur le reste de la tumeur. Celle-ci est indolente, la pression n'en est pas douloureuse ; comprimée depuis longtemps dans diverses directions et en faisant changer la malade de position, elle reste irréductible et ne subit aucune diminution appréciable dans son volume ; la percussion constate qu'elle ne renferme pas de gaz. Enfin une exploration méthodique permet d'apercevoir partout une fluctuation manifeste. Pour constater la nature du liquide, nous examinâmes la tumeur à l'aide d'une lumière, comme on le pratique dans l'hydrocèle, et sa parfaite translucidité nous apprit qu'elle était remplie par de la sérosité ; ajoutons, pour terminer la description de cette tumeur, qu'on ne peut passer les doigts sous sa base et la déta-

cher des parois abdominales ; il semble même qu'il en parte un prolongement qui traverse l'épaisseur de ces parois dans le sens du canal inguinal et se perd dans le ventre.

En palpant le ventre, je découvris un corps gros, rond et dur, qui proéminait au-dessus du pubis ; le toucher fit reconnaître que cette masse était développée dans le corps de l'utérus ; elle égalait le volume d'un gros œuf de dinde ; la malade n'en soupçonnait pas même l'existence. Nous nous arrêtàmes à l'idée que Mme B... portait un ou plusieurs corps fibreux de l'utérus.

M. Marjolin fut appelé en consultation. Il constata, comme nous l'avions fait, l'irréductibilité de la tumeur, sa fluctuation et tous les autres caractères que nous lui avions assignés ; M. Marjolin reconnut en outre, quelque chose d'un peu dur, à la base de la tumeur, et qui semblait se perdre profondément dans les parois de l'abdomen. Cette découverte, rapprochée des autres circonstances de la maladie, nous conduisit à porter le diagnostic suivant, le plus probable : ancienne hernie crurale ; hydropisie du sac herniaire, qui contient en outre quelque viscère abdominal, probablement un petit morceau d'épiploon ; enfin adhérence probablement complète du collet du sac herniaire avec l'organe contenu dans la hernie, d'où résulte l'irréductibilité du liquide que renferme le sac.

Pour donner la plus grande précision possible à notre diagnostic, il fut décidé, d'après la proposition de M. Marjolin, qu'une ponction serait faite avec un petit trois-quarts, afin d'évacuer le liquide et de mieux examiner la tumeur quand elle serait vide. Cette ponction fut immédiatement pratiquée sur la partie la plus saillante de la poche ; il s'écoula par la canule du trois-quarts six à huit onces d'une sérosité liquide, de couleur légèrement citrine, mousseuse et qui se prit en gelée sur le feu. La poche ainsi évacuée, nous reconnûmes parfaitement bien à sa base, *un corps arrondi, du volume d'une petite noisette, occupant l'anneau crural et disparaissant profondément derrière l'arcade crurale.* Ce corps demeura irréductible et nous fûmes persuadés que notre diagnostic était exact sous tous les rapports.

Le jour même de la ponction, vers trois heures du soir, Mme B... éprouve un frisson prolongé, et ressent des douleurs dans la tumeur ;

au 3^e jour, douleurs de ventre, vomissements ; la tumeur offre les caractères d'un phlegmon (large incision qui donne issue à la sérosité lactescente) ; au 4^e jour, érysipèle commençant aux environs de la plaie ; au 6^e jour, symptômes évidents de péritonite ; le 7^e jour, mort dans la soirée.

Les lésions que l'autopsie fit découvrir sont les suivantes ; épanchement séro-purulent dans la cavité abdominale ; fausses membranes sur les circonvolutions intestinales ; rougeur du tissu cellulaire sous-péritonéal.

L'intérieur de la poche est recouvert d'une exsudation albumineuse ; une ouverture de communication, parfaitement libre, existe entre cette poche et la cavité péritonéale, derrière le ligament de Fallope ; c'est évidemment le collet du sac herniaire non oblitéré. Cette ouverture a deux à trois lignes de diamètre ; elle répond à l'anneau crural.

Le sac herniaire renferme la *trompe de Fallope, seule, considérablement hypertrophiée. Nulle adhérence n'existe entre la trompe et l'intérieur du sac*, mais le conduit de la trompe est *intimement uni à la partie antérieure de la circonférence du collet du sac*. C'est entre la partie postérieure de ce conduit, et le reste de la circonférence du collet du sac, que se trouve l'ouverture qui établit une communication parfaitement libre entre la cavité péritonéale et l'intérieur de la poche qui renfermait la sérosité.

L'ovaire du côté droit occupe sa place ordinaire à l'intérieur du bassin.

Aucun autre viscère n'est contenu dans le sac herniaire.

Le tissu de l'utérus, d'ailleurs sain, est distendu par un énorme corps fibreux.

Obs. IV. — *Hernie inguinale droite étranglée de la trompe.*

(SCHOLLER)

Une petite fille, née d'une primipare âgée de 21 ans, et pesant 4500 grammes, se portait bien jusqu'au 19^e jour.

Le lendemain, elle refusa le sein, respira difficilement ; le bas-ventre était tuméfié et douloureux ; vomissements de matière verte ; langue

rouge aux bords, sèche ; traits tirés (quatre sangsues, calomel). Au soir : convulsions, surtout contractions périodiques de la mâchoire.

Mort pendant la nuit.

AUTOPSIE. — A droite, il y avait une hernie inguinale, la tumeur s'avancait jusqu'à la grande lèvre, et contenait la trompe de Fallope, qui était rouge et tuméfiée, mais nullement adhérente. Le ligament rond du même côté était plus court que l'autre ; l'utérus était un peu déplacé, et son axe n'était pas parallèle à celui du corps.

Obs. V. — *Hernie crurale de la trompe.*

(AUBRY)

M. Aubry a trouvé, sur le cadavre d'une femme de soixante-dix ans, une hernie de la trompe de Fallope, qui diffère par son siège, de la hernie interne crurale ordinaire.

Elle est fixée près de la partie interne du ligament de Fallope, ou au devant du pectinè, en dehors des adducteurs, en dedans des vaisseaux cruraux. C'est une hernie à travers le ligament de Gimbernat.

Obs. VI. — *Hernie de la trompe. — Infection. — Mort.*

(DOLBEAU)

La malade qui a offert cette altération est entrée à l'hôpital il y a quelques semaines. Elle portait une tumeur dans la région inguinale, tumeur rouge, fluctuante, douloureuse, avec tous les signes d'un abcès dans le canal inguinal. Le foyer a été incisé, il en est sorti du pus ; mais quelques jours après, est survenue une péritonite intense due à une ouverture du sac dans l'abdomen. La malade a succombé rapidement. A l'autopsie, voici ce que l'on a pu constater :

Un foyer purulent, communiquant d'une part avec l'extérieur, d'autre part avec la cavité péritonéale.

De plus un kyste séreux indépendant de cette poche. Ce kyste incisé a laissé s'écouler de la sérosité, et l'on a reconnu, ainsi qu'on a pu s'en assurer, que cette poche était située dans la cavité de la trompe. Ce kyste, de même que le foyer purulent, était placé dans le canal inguinal.

Après un examen attentif, on voit un sac herniaire dans lequel est placée la trompe : en dehors et en avant de ce sac, le ligament rond. C'est dans le sac herniaire qu'existe le foyer purulent. Quant à l'ovaire il est resté dans l'abdomen, à l'ouverture du canal inguinal. Il y avait donc une hernie de la trompe avec son kyste séreux dans sa cavité ; le tout, contenu dans un sac herniaire enflammé. Le foyer en suppuration, en s'ouvrant dans l'abdomen, a amené une péritonite rapidement mortelle.

Obs. VII. — *Hernie de la trompe utérine.*

(DUPONT, de Lausanne)

M. Dupont (de Lausanne) rapporte le cas fort intéressant et fort rare d'une hernie de la trompe de Fallope. Il s'agissait d'une femme de trente-huit ans, d'intelligence bornée et qui ne put donner qu'une anamnèse douteuse. Elle portait une tumeur du pli de l'aîne, simulant une hernie et recroquevillée sur le ligament de Poupart ; cette tumeur bilobée présente une fluctuation manifeste, mais n'offre, au reste, aucun signe d'étranglement. Quoique présentant une abondance de plaques muqueuses sur l'anus et la vulve, la malade est enceinte de quatre à cinq mois. Une ponction exploratrice amène un liquide jaune citron, en sorte que le diagnostic suivant est posé : hernie rentrée, dont le sac subsiste et a formé kyste.

L'opération est décidée. M. Dupont y procède avec toutes les précautions d'usage dans la herniotomie, et arrive sur une membrane extérieure formant sac, dont l'incision donne écoulement à du liquide, et laisse voir un corps gros comme le doigt, violet, présentant tous les caractères anatomiques de la trompe de Fallope.

L'opération s'est heureusement terminée par la réduction de la partie herniée et la malade est en pleine convalescence actuellement, sans que l'opération qu'elle a subie ait amené aucune suite fâcheuse pour sa grossesse.

OBS. VIII. — *Hernie de la trompe prise pour l'hydrocèle d'un sac herniaire crural. — Intervention. — Guérison.*

(BOECKEL)

Il s'agit d'une femme de cinquante-deux ans, portant une tumeur fluctuante, irréductible, empêchant la malade de travailler. M. E. Bœckel diagnostique une hydrocèle d'un sac herniaire crural ; il en pratique l'extirpation, et trouve le collet occupé par le pavillon de la trompe de Fallope sans l'ovaire, et à côté, un petit kyste du corps de Rosenmüller ; il excise les parties herniées après ligature au catgut. La malade guérit assez rapidement.

OBS. IX. — *Hernie crurale droite étranglée. — Herniotomie. — Contenu de la hernie : trompe droite.*

(BRÜNNER)

R... Meier, 68 ans, est admise à l'hôpital le 27 octobre 1887. — Il semble qu'il y ait, dans la famille de la malade, une prédisposition aux hernies : sa mère et deux autres enfants en ont été atteints. Quant à elle, elle ne se souvient pas avoir jamais été gravement malade ; elle n'a pas eu d'enfants. Ses règles étaient régulières, revenaient toutes les quatre semaines, duraient d'ordinaire quatre jours, et s'accompagnaient de très violentes douleurs et de crampes dans le bas-ventre et la région sacrée. La hernie n'est apparue, ou du moins, la malade ne s'en est aperçue qu'à cinquante ans, longtemps après la ménopause. Cette hernie n'est jamais rentrée complètement, mais toujours, quand on cherche à la réduire, il reste, en dehors de l'anneau, une petite masse grosse comme une noisette. — Dans les efforts, la tumeur herniaire devient un peu plus grosse, et des crampes qui s'irradient jusque dans la région de l'estomac, signalent cette augmentation de volume de la hernie. — Depuis environ quatre semaines, la malade souffrait constamment, bien que d'une façon supportable, de sa hernie ; depuis le 20 octobre, la réduction ne se fait plus, même partiellement, les douleurs sont devenues plus vives, perte d'appétit, insomnie, selles irrégulières, pourtant pas de vomissements. Le praticien consulté essaya le

taxis, sans succès, et envoya la malade à la clinique, pour qu'on fit la kélotomie.

Malade âgée, très amaigrie, vives douleurs dans le ventre, qui est ballonné et fortement tendu. Dans la région crurale droite, au-dessous du ligament de Poupart, on trouve une tumeur du volume d'un œuf de poule, un peu rouge à la surface, tendue, très sensible et qui donne à la percussion un son tympanique sourd.

On porte le diagnostic de hernie crurale épiploïque étranglée.

Kélotomie, par M. le professeur KROENLEIN. — Sommeil chloroformique tranquille. — Section de la peau et des couches communes sous-cutanées. Le sac, mis à découvert, offre un aspect tout particulier : sa portion inférieure, d'apparence violacée, et qui figure le vrai sac, est recouverte par une seconde bosselure plus grosse, dont la sépare une encoche profonde. Ce segment supérieur de la tumeur est de coloration jaunâtre, de consistance solide, et l'on reconnaît, à un examen plus attentif, un lipome sous-séreux. Le sac herniaire fut ouvert en un point : il sortit un jet de liquide clair. L'incision fut prolongée alors, sur le doigt, dans toute la longueur du sac, et la paroi, saisie avec des pinces, bien développée. Comme contenu, l'on trouve *un organe plissé, d'un rouge sombre, qui se continue à sa base avec un petit conduit et que l'on reconnaît pour l'extrémité frangée de la trompe, gonflée et œdémateuse*. On n'arrive qu'avec peine à pousser l'index, à côté de cet organe, jusque dans l'anneau d'étranglement. On débride, en dedans, avec le bistouri herniaire, et l'on peut dès lors aisément réduire la trompe. Le sac est disséqué, lié avec de la soie au sublimé et sectionné au devant de la ligature. Le lipome est isolé et enlevé.

Désinfection avec la solution du sublimé à 1 p. 2000. Drain. Suture de la peau. Pansement à l'iodoforme et à l'ouate de bois au sublimé.

Les choses se passèrent fort simplement après l'opération. La plaie guérie par première intention. Il ne se produisit pas de vomissements, et l'état général s'améliora de jour en jour, de sorte que, le 18 novembre, la malade put sortir, guérie. L'exploration par le vagin, faite le jour de la sortie, donna les résultats suivants : utérus petit, mobile, en antéflexion forcée ; ovaires très faciles à sentir, mais nullement augmentés de volume.

OBS. X. — *Hernie obturatrice étranglée de la trompe et de l'intestin. — Kélotomie. — Mort. — Autopsie.*

(PICQUÉ et POIRIER.)

Mme Ch..., pensionnaire aux Ménages, âgée de 78 ans, entre le 8 novembre 1886 dans le service de M. A. Robin, salle St-Léger, n° 8.

C'est une femme petite, faible et atteinte depuis plusieurs années de prolapsus utérin complet, mais réductible ; avant son entrée elle exécutait des travaux pénibles et portait de lourds fardeaux ; depuis longtemps, nous dit-elle, elle marche inclinée en avant et à gauche, et souffre dans la hanche gauche. Soignée déjà au mois de mai 1887 à l'infirmerie des Ménages pour un catarrhe bronchique, elle accusait dès cette époque en toussant une douleur dans l'aîne gauche ; à plusieurs reprises, les douleurs devenaient plus vives dans cette région, des vomissements muqueux apparaissaient aussitôt ; mais tout rentrait bientôt dans l'ordre dès que la malade avait rendu des gaz et des matières par l'anus.

Deux fois dans le courant du mois d'octobre elle fit appeler l'interne de garde pour des accidents de ce genre dont l'intensité l'effrayait ; on constata chaque fois les signes physiques indiqués plus loin et qui firent penser à une hernie crurale. Avec une injection de morphine et l'application de cataplasmes, les accidents disparaissaient la nuit même.

Le 6 novembre. — La malade est reprise des mêmes accidents, mais présentant une intensité inusitée ; les douleurs sont vives ; il y a des vomissements muqueux et répétés ; arrêt complet des matières et des gaz. Le 8 novembre, elle entre à l'infirmerie. Le 9 au matin, les vomissements deviennent fécaloïdes. C'est alors que, pour la première fois, je suis appelé à voir la malade, c'est-à-dire le quatrième jour après le début des accidents.

Je trouve la malade dans la situation suivante : l'état général est assez satisfaisant malgré la durée des accidents ; les vomissements se produisent à de rares intervalles, et prennent le caractère fécaloïde. Il n'y a ni selle ni émission gazeuse par l'anus.

Le ventre est légèrement ballonné et la malade accuse des crampes dans les deux jambes.

Au point de vue des symptômes objectifs, l'examen de la région inguino-crurale nous fournit les indications suivantes.

A la partie la plus interne du triangle de Scarpa existe une tumeur peu volumineuse, mais facilement appréciable par comparaison avec la région correspondante du côté opposé qui est fortement excavée. Cette tuméfaction est profondément située en ce point et difficile à bien limiter ; elle semble adhérente par sa partie profonde au squelette dans un point voisin du pubis. La tumeur est manifestement tendue et douloureuse à la pression.

Derrière l'arcade crurale, au niveau de l'anneau, on trouve un empatement douloureux à la pression ; on a également la sensation de la corde épiploïque.

En présence de ces symptômes objectifs et subjectifs, il est évident qu'il s'agissait d'un étranglement herniaire. Au point de vue de la hernie elle-même, j'avoue n'avoir pas songé à ce moment à la hernie obturatrice.

Le diagnostic que je posai devant les internes du service fut celui-ci : hernie crurale *exceptionnelle*, probablement pectinéale.

Cette erreur d'ailleurs allait être redressée au cours de l'opération. Je me décidai, on le comprend, à une intervention immédiate.

La tumeur étant à une notable distance de l'artère fémorale, j'utilisai le procédé opératoire indiqué par le professeur Trélat, et pratiquai à 25 millimètres de l'artère une incision longitudinale d'environ 7 à 8 centimètres. J'incisai l'aponévrose et mis à nu le pectiné ; à ce moment une circonstance curieuse se produisit : l'exploration de la tumeur à travers le pectiné ne me donna plus aucun résultat. Je me portai sur le bord externe du muscle, entre lui et l'adducteur, pour explorer directement le trou sous-pubien. Je ne trouvai décidément rien. Comme la tumeur avait été, au préalable, parfaitement délimitée, force fut d'admettre qu'elle s'était réduite spontanément au cours de l'opération ; c'est alors que pour la première fois l'idée de hernie obturatrice me vint à l'esprit, me rappelant qu'une circonstance analogue s'était produite dans un cas du professeur Trélat rapporté par Pimbet dans sa thèse.

Dès lors je portai la main dans le vagin, après avoir réduit le prolapsus, manœuvre qui fut facile en raison de l'extrême dilatation de la vulve ; j'arrivai facilement sur le trou obturateur et j'acquis rapidement la certitude que la corde épiploïque que j'avais sentie par le palper hypogastrique y était fixée (1), j'essayai de faire quelques tractions sur l'épiploon, je le saisis facilement entre les mains, mais ne pus le déplacer. Je n'eus pas davantage la sensation du gargouillement et j'arrêtai là mes manœuvres, qui venaient de confirmer le diagnostic et de démontrer la réduction de l'intestin et l'existence d'une épiplocèle irréductible.

Puis estimant n'avoir plus rien à faire du côté du foyer opératoire, je lavai soigneusement la plaie et la suturai au crin de Florence. Dans la nuit qui suivit l'opération, la malade eut une véritable débâcle ; les matières étaient légèrement teintées de sang.

Les suites opératoires furent très simples. L'état général s'améliora très notablement. Le 30 novembre, la cicatrisation était complète ; l'angle interne du triangle de Scarpa reste moins dépressible qu'à droite.

Le 10 décembre. — La malade quittait l'infirmerie parfaitement guérie.

Le 12. — Elle y rentre pour les mêmes accidents, mais moins intenses et qui disparaissent dans la nuit.

Le 14. — Elle quitte de nouveau l'infirmerie et prend chaque matin, à partir de ce jour, une cuillerée à café d'huile de ricin.

La guérison complète se maintient ainsi pendant une quinzaine de jours.

Le 1^{er} janvier. — De nouveaux accidents très intenses font explosion.

Le 2. — Dès son arrivée à l'infirmerie, les vomissements fécaloïdes apparaissent, la malade accuse des crampes dans les jambes, plus marquées peut-être à gauche.

Le 3. — Je suis appelé près de la malade.

(1) Le trou est large, la pulpe de l'index coiffé des parois vaginales épaissies s'y engage facilement : l'orifice est libre, sauf en un point où on sent manifestement un tractus épiploïque s'y engager.

Il y a une *rémission très marquée* des symptômes depuis le matin.

La tuméfaction qui existe à l'angle interne du triangle de Scarpa n'est pas plus marquée qu'à l'ordinaire ; le toucher vaginal donne les mêmes sensations que précédemment, mais, la pression exercée au niveau du trou est légèrement douloureuse.

En raison de la disparition spontanée des accidents qui se sont produits depuis l'opération, comptant sur la rémission marquée qui a été constatée depuis le matin, je pense qu'il y a lieu de différer l'intervention au moins jusqu'au lendemain.

Je prescris un purgatif qui est rendu.

Le 4. — La rémission des accidents s'accroît d'avantage. Les vomissements fécaloïdes ne reparaisaient plus ; mais un nouveau purgatif est encore rendu par la malade.

Le 5. — L'interne de service prescrit un lavement purgatif qui provoque, quelques instants après, une émission gazeuse et une évacuation peu abondante des matières non sanguinolentes. Les jours suivants, la malade rend encore quelques matières, grâce à l'administration de lavements purgatifs. Les vomissements n'ont plus reparu.

Le 11. — La malade ressent quelques douleurs abdominales ; elle refuse toutes les alimentations, s'affaiblit rapidement ; apparition de muguet dans la bouche.

Le 12. — Gêne de la respiration. Epanchement peu abondant dans la plèvre droite.

Le 14. — La malade succombe dans la soirée sans avoir présenté de nouveaux accidents d'obstruction intestinale.

AUTOPSIE pratiquée trente-six heures après la mort. La pièce a été recueillie avec le plus grand soin par M. Couderc, interne du service, auquel je tiens à adresser mes remerciements. M. Poirier, chef des travaux, a bien voulu examiner la pièce et me remettre la relation suivante que je joins à l'observation.

Sac herniaire. — Du volume d'un petit œuf de poule, il est de forme sphérique et siège entre le muscle pectiné et le muscle obturateur externe. Ce sac est formé par le péritoine pelvien qui, s'étant engagé dans le canal sous-pubien, a entraîné avec lui les viscères voisins. La

surface externe du sac n'est point adhérente aux muscles voisins ; le péritoine qui en forme la paroi est légèrement épaissi.

Collet du sac. — Il est formé par le péritoine plissé et adhère aux parois du canal sous-pubien par des adhérences celluleuses extrêmement longues et lâches. Ce collet a 15 millimètres de longueur ; son orifice externe répond à un anneau fibreux formé par l'aponévrose de l'obturateur externe ; son orifice interne un peu plus grand répond au ligament supérieur de la membrane obturatrice. La partie intermédiaire renflée répond au canal sous-pubien dont elle donne le moule exact.

Contenu. — Le sac contient peu de liquide ; on y trouve une anse intestinale, la trompe et une partie de son ligament et de l'épiplocèle. L'anse qui appartient à l'intestin grêle est entièrement contenue dans le sac ; il ne s'agit donc pas là d'un simple pincement de l'intestin. Elle est rouge violacé, à paroi épaissie par infiltration ; elle contient des grains de raisin, deux pépins d'orange et des fragments de coquille d'huitre : l'un de ceux-ci a 14 millimètres de long sur 4 de large et 3 d'épaisseur. L'anse intestinale est entourée d'une collerette épiploïque à laquelle elle adhère sur toute sa périphérie par des adhérences anciennes et solides. La collerette épiploïque adhère elle-même et très solidement au sac. En arrière de l'anse intestinale entourée de son collier d'épiploon, on trouve la trompe et 4 centimètres de son ligament ; trompe et ligament adhèrent intimement aux parois du sac.

Lobule graisseux sous-pubien. — Il a été repoussé ou entraîné par la hernie et on le retrouve accolé à la face externe du sac entre le sac et la face externe de l'obturateur externe.

Hernie étudiée par la cavité pelvienne. — Dans l'entonnoir péritonéal dont le sommet va former le sac herniaire, on trouve les deux bouts de l'anse intestinale herniée : le bout supérieur est gros, rouge, épaissi et présente deux petites perforations comme celles que ferait une épingle ; le bout inférieur est affaissé ; entre les deux, le mésentère se plisse ; en arrière de l'intestin, on trouve l'ovaire et le ligament de la trompe aplatis et appliqués sur l'aponévrose de l'obturateur interne. Après avoir relevé les particularités anatomiques relatives à la hernie elle-même, nous nous sommes préoccupés de ses rapports avec les vaisseaux obturateurs et le nerf obturateur ; enfin nous avons cherché à

préciser les agents sur lesquels pouvait s'effectuer l'étranglement. L'artère obturatrice occupe comme à l'état normal la partie supérieure et externe du canal ; elle a gardé cette situation normale ainsi que la veine qui l'accompagne et que le nerf qui est toujours situé au-dessus et en dehors de l'artère. Si l'on s'en tenait à cette première considération, on déduirait qu'il eût été bon de débrider en bas et en dedans suivant le précepte ordinaire. Mais l'artère obturatrice se bifurque pendant son trajet à l'intérieur du canal sous-pubien ; l'une de ses branches continue la direction de l'artère ; l'autre se porte en bas pour suivre en descendant l'ischion, le bord postéro-externe du trou ovalaire ; or, sur notre pièce, cette dernière branche entoure la partie postérieure et inférieure du col, si bien que pour être sûr de ne léser aucun vaisseau important, il eût été sage de débrider tout à fait en avant et en bas où les trousseaux fibreux, tant de la membrane obturatrice que de l'insertion de l'obturateur, viennent s'insérer à la branche descendante du pubis.

Examinant ensuite les points sur lesquels portait la constriction, nous avons facilement relevé sur l'anse intestinale deux sillons qui, par leur couleur blanchâtre et leur profondeur, tranchaient nettement sur la teinte rouge de l'intestin. L'un d'eux, le plus profond, était produit par l'aponévrose d'insertion de l'obturateur externe. L'autre répondait à la partie supérieure de la membrane obturatrice, à ce que Vinson a décrit sous le nom de *petit ligament antérieur du trou obturateur*. Nous répétons que l'étranglement était plus prononcé au niveau de la membrane d'insertion de l'obturateur externe. Entre ces deux sillons, l'intestin était un peu renflé et modelait parfaitement le canal sous-pubien.

OBS. XI. — *Hernie crurale droite étranglée. — Herniotomie.*

— *Contenu : la trompe droite.*

(BRUNNER)

Huber Jeanne, 38 ans, est amenée à la clinique le 7 septembre 1888. La malade est originaire d'une famille saine, dans laquelle il n'y a pas de hernies. Elle-même ne se souvient pas d'avoir jamais été malade.

Depuis sa 17^e année, elle est réglée régulièrement ; il survient toujours quelques douleurs le premier jour, mais sans qu'elles soient localisées à la région inguinale droite. Mariée à 20 ans, deux enfants, le dernier en 1871.

Il y a 8 ans, à l'époque de ses règles, et à un moment où elle avait dû se fatiguer beaucoup aux travaux des champs, la malade fut prise brusquement de vives douleurs dans la région inguinale droite, et elle remarqua, pour la première fois la présence, dans la même région (inguinale droite), d'une tumeur grosse comme une noix qu'elle-même regarda comme une hernie. Il y a deux ans, après de grandes fatigues au moment de la fenaison, il se produit une descente de matrice et en même temps les douleurs de l'aîne se réveillèrent et la petite tumeur se développa une fois de plus. — La malade réduisit elle-même le prolapsus utérin, qui, depuis, reparut à maintes reprises ; elle ne saurait dire si, pendant les règles, les douleurs devenaient plus intenses, au niveau de la hernie.

Le 2 septembre. — La descente se reproduit, et en même temps apparaît à l'aîne, une tumeur grosse comme un œuf et irréductible. Les douleurs devinrent dès lors insupportables, jusqu'à enlever l'appétit et le sommeil. Nausées continuelles, mais selles régulières. — Le médecin appelé aurait pratiqué la réduction, mais la hernie n'aurait pas tardé à se montrer de nouveau. Finalement la malade fut envoyée à l'hôpital. Pendant le transport, douleurs très violentes, nausées, sensation de torpeur dans les mains et les pieds.

On trouve, dans le creux inguinal droit, une tumeur située, en grande partie, au-dessous du ligament de Poupart, et de la grosseur d'un œuf. La peau glisse aisément à sa surface, elle est rouge, et en un point dépouillée d'épiderme (par le fait du bandage). La tumeur est de consistance solide, sonore à la percussion. Pas de fluctuation. Pression douloureuse. La malade ne cesse de se plaindre au cours de l'examen. L'exploration des organes génitaux donne une longueur de 14 centimètres. Col très hypertrophié avec prolapsus du vagin ; on n'arrive point à remettre l'un et l'autre en place. Par le toucher vaginal, on sent l'ovaire droit, légèrement grossi, et fortement sensible.

L'ovaire gauche ne se sent pas.

Kélotomie (par M. le professeur KROENLEIN). — Incision cutanée à peu près perpendiculaire au ligament de Poupart. Les enveloppes extérieures de la hernie sont minces, adhérentes entre elles et sans stratification bien nette. Le sac herniaire proprement dit est pédiculé, d'aspect irrégulier et semé de dépressions digitiformes. On l'ouvre : il laisse écouler une petite quantité d'un liquide clair, un peu coloré en rouge ; et, quand il est largement fendu, saisi avec des pinces et dûment étalé, on découvre qu'il est rempli *tout entier par un organe d'un rouge foncé ressemblant à une crête de coq, mou au toucher et qui semble formé d'un tissu caverneux gorgé de sang*. Par en bas, dans la profondeur du sac, cet organe se continue avec un cordon assez épais, qui pénètre dans l'abdomen par l'anneau herniaire, très étroit. Après avoir débridé en dedans, il devient aisé d'attirer ce cordon et l'on reconnaît alors que le contenu de la hernie est la trompe, dont les franges sont fortement gonflées.

Par la traction, on amène encore au dehors l'ovaire, qui paraît entièrement sain. Le contenu de la hernie se laisse aisément réduire par l'anneau, désormais suffisamment large ; il n'existe ni adhérences anciennes, ni adhérences récentes. Le sac est lié en deux portions et réséqué ; la partie enlevée ne présente rien de particulier, si ce n'est une *épaisse doublure graisseuse*. Drainage. Pansement à l'iodoforme et à l'ouate de bois.

8. — Bon état général ; pas de fièvre, pas de vomissements.

14. — On change le pansement. La plaie est réunie par première intention, sauf l'orifice du drain.

23. — Cicatrisation complète de la plaie. La malade sort du service et passe à la clinique gynécologique pour être traitée de son prolapsus vaginal.

Obs. XII. — *Hernie crurale gauche de la trompe étranglée.*

(A. BROCA)

Il s'agit d'une femme de 40 ans environ, auprès de laquelle j'ai été appelé d'urgence à l'hospice d'Ivry, le 14 janvier 1891, à une heure du matin. Cette femme avait déjà eu, un mois auparavant, des accidents

analogues, pour lesquels elle avait refusé de se laisser opérer par notre collègue et ami Ch. Nélaton, alors titulaire du service ; ces accidents avaient cédé au taxis. Quand j'arrivai, je trouvai une hernie crurale gauche de volume moyen, ne présentant à l'examen rien de particulier. Elle était étranglée depuis trente-six heures, et aucune tentative de taxis n'avait eu lieu. Je n'en fis pas davantage, et la malade étant chloroformée, je procédai immédiatement à la kélotomie. Après incision d'un sac peu lipomateux, je vis s'écouler du liquide en notable quantité et j'arrivai sur une anse étranglée d'intestin grêle. Cet intestin était en bon état, seulement congestionné et il était flanqué à son côté interne de la trompe, aisément reconnaissable à son pavillon, dirigé en bas. Après débridement en bas et en dedans, j'attirai l'intestin que je réduisis après vérification soigneuse de son intégrité ; puis j'examinai la trompe, qui était rose et n'adhérait pas au sac, et je la réduisis. Je n'eus pas à m'en repentir, et la malade, qui bénéficia d'une réunion immédiate apyrétique, put se lever le 3 janvier, et quitter l'hôpital quelques jours après entièrement guérie. J'ajoute que j'avais fait la cure radicale par dissection du sac.

OBS. XIII. — *Hernie inguinale simultanée de la trompe utérine droite et de la vessie ; étranglement ; excision de la trompe ; déchirure et suture de la vessie ; fistule urinaire consécutive. — Guérison complète.*

(LEJARS)

Je fus appelé, le 24 février 1892, dans la soirée, à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. le Dr Peyrot, pour une femme de 39 ans, Louise Ch..., mécanicienne, atteinte d'une hernie inguinale droite étranglée.

Je trouvai une femme grande, très pâle, très amaigrie. Depuis quelques jours seulement, elle avait constaté l'existence, à l'aîne droite, d'une grosseur, et presque immédiatement cette grosseur était devenue irréductible et douloureuse.

La peau était chaude, la température à 39°, la peau un peu sèche ; il y avait des nausées presque continuelles, quelques vomissements, mais sans caractère, pas de selle depuis 36 heures. Le ventre était bal-

lonné, sensible à la pression, surtout à l'hypogastre et dans la fosse iliaque droite. De plus, on délimitait sans peine, au-dessus du pubis, une masse dure, arrondie, qui ne pouvait être qu'un fibrome du fond de l'utérus ; du reste des pertes de sang avaient eu lieu à plusieurs reprises, et encore dans les derniers jours : l'hémorrhagie n'était même pas entièrement arrêtée.

Dans l'aîne droite, au siège classique de la hernie inguinale, il existait une tumeur ovulaire, grosse comme un œuf, légèrement rouge à sa surface : cette tumeur était tendue, mate, obscurément fluctuante, d'une irréductibilité complète et très douloureuse. L'hypothèse la plus probable était celle d'une hernie intestino-épiploïque et d'un étranglement à marche rapide, si l'on s'en rapportait aux accidents généraux.

La malade fut endormie au chloroforme ; j'incisai la peau suivant le grand axe de la tumeur herniaire, je sectionnai une à une les enveloppes externes du sac, enfin je le ponctionnai et l'ouvris : il contenait une quantité notable d'un liquide rougeâtre très odorant, que je m'empressai du reste de bien étancher. Une fois le sac grand ouvert, nous fûmes très étonnés, mes aides et moi, de ne voir ni épiploon, ni intestin : la cavité semblait vide et comme déshabitée. Sur sa paroi inférieure rampait une sorte de cordon d'un rouge foncé et noirâtre par places, qui se terminait en avant en s'épaississant et en arrière se prolongeait jusque dans l'anneau. Nous reconnûmes vite la trompe utérine ; son calibre, ses flexuosités, et surtout le bouquet de franges qui en formait l'extrémité, disaient assez sa nature. L'orifice central du pavillon était même dilaté, et la moindre pression en faisait sourdre de grosses gouttes de muco-pus ; toute la trompe était d'ailleurs épaissie, rouge et hyperémiée. La surface séreuse était dépolie, noire par places, et l'odeur fétide qui se dégageait de l'organe, même après qu'il fut réséqué et retiré du sac, indiquait un sphacèle déjà avancé. La trompe était seule, sans l'ovaire ; elle était parfaitement libre dans le sac, et nulle adhérence ne la reliait aux parois.

Je portai mon doigt jusqu'à l'anneau : il était très serré ; il étranglait réellement le conduit tubaire qu'une traction prudente ne pouvait attirer au dehors. Cet anneau fut débridé, en haut et en dehors, sur une très petite profondeur, puis dilaté au doigt ; dès lors, la voie était

libre, et il nous fut aisé d'attirer dans la plaie un assez long bout de trompe saine : le contraste était fort net entre la portion herniée, noirâtre et flasque, et la portion abdominale, rouge, lisse et bien vivante ; un sillon marquait d'ailleurs la limite des deux segments.

Je jetai un gros catgut sur la portion saine de la trompe à environ un centimètre du « contour de la portion serrée », et je la liai solidement ; puis, je la sectionnai à quelques millimètres au devant du fil, et, avec le couteau rougi d'un thermocautère, je détruisis profondément la muqueuse du conduit béant. J'ajoute qu'au moment de la section, une goutte de muco-pus s'était montrée à l'orifice ouvert et avait été aussitôt étanchée avec un tampon. Cela fait, je coupai les deux chefs de mon catgut, et le moignon de trompe se perdit dans les profondeurs du petit bassin ; je n'avais pas vu l'ovaire et les tractions exercées sur la trompe ne l'avaient pas amené sous nos yeux. Mon doigt, introduit dans le ventre par l'anneau herniaire grandi, ne le découvrit pas non plus ; il est vrai que je crus inutile de prolonger la recherche ; en revanche, je sentis nettement le fibrome utérin dont j'ai déjà parlé.

Il s'écoula peu de liquide, et du liquide clair, de la cavité abdominale ainsi ouverte en un point déclive, et les quelques anses intestinales que nous aperçûmes, de même que le péritoine pariétal, un peu rouge, ne présentaient pourtant aucun des signes d'une inflammation intense.

Toutes ces explorations se firent plus vite que je ne les raconte, et, après une désinfection soignée, je me mis en devoir de disséquer le sac, et de faire la cure radicale. La besogne fut d'abord aisée, le sac péritonéal se laissait fort bien isoler au doigt, sur les côtés, et même en arrière, et j'avais déjà séparé, sans déchirure, toute la moitié inférieure, quand les difficultés commencèrent. Il devint tout à coup très adhérent en arrière ; le doigt, mené prudemment et à petits coups, n'avancait presque plus, il y avait une fusion intime entre le feuillet postérieur du sac et une sorte de plan fibreux gris, dur, qui occupait la partie supéro-interne du triangle inguinal. Ce tissu fibreux semblait diffus, et nous crûmes d'abord qu'il s'agissait d'une ancienne péritonite localisée du sac et d'adhérences consécutives. Pourtant, le pénible travail de dissociation se poursuivait lentement, le feuillet péritonéal

du sac emportant toujours avec lui, et comme une doublure inséparable, quelques débris du tissu fibreux sous-jacent : à un moment, je vis apparaître sous mon doigt une série de petites bosselures transparentes, enveloppées d'une pellicule fort mince, et dont l'ensemble figurait comme une grappe de microkystes, ou un petit kyste multiloculaire : on aurait dit un ovaire kystique ectopié à l'aîne. Mais je ne tardai pas à crever une de ces bosselures; un flot de liquide jaillit aussitôt, son odeur ne nous laissa plus un seul doute. C'était de l'urine, et je venais d'ouvrir la vessie; mon doigt y plongeait largement. La paroi était du reste fort mince dans toute la portion herniée et la couche musculaire, que nous n'avons pas reconnue, était comme atrophiée, grisâtre et d'un aspect fibreux.

J'avais bouché l'anneau herniaire avec un gros tampon, pendant l'écoulement de l'urine; le champ opératoire fut lavé avec soin, l'ouverture vésicale fermée tant bien que mal par les doigts d'un aide, pendant que rapidement la dissection du sac était achevée. Cela ne se fit pas sans agrandir encore un peu la déchirure de la vessie; mais près de l'anneau interne, le sac cessait d'être adhérent, et je pus lier son collet et le réséquer. Le ventre était désormais fermé et je m'occupai de suturer la plaie.

Une fois la suture terminée, la plaie fut rapidement fermée, et un petit drain laissé dans son angle interne. Pansement iodoformé et ouaté compressif. L'opération avait duré près d'une heure et demie. On plaça dans la vessie une sonde en caoutchouc, qui fut retirée le lendemain : l'urine était légèrement teintée de sang.

Au premier pansement, la plaie était réunie sur presque toute son étendue, mais il restait en dedans un petit orifice par où suintait de l'uriné. Dès lors, la fistule inguinale était constituée.

Je revis la malade dans le courant d'avril; l'état général était très bon. La plaie opératoire était entièrement cicatrisée, mais on trouvait toujours à son angle interne ce trajet fistuleux, où passait tout juste une sonde cannelée, et par lequel s'écoulait une grande partie des urines; la miction par l'urèthre était assez minime, pourtant elle redevenait plus considérable de jour en jour. Il fallait attendre : selon toutes probabilités, la fistule se tarirait seule.

Mme Louise Ch... sortit le 15 mai de l'hôpital Lariboisière, et, le 31, elle entra à la Pitié, salle Lisfranc, n° 1. — La fistule inguinale était devenue très étroite et ne donnait plus passage qu'à une très petite proportion d'urine ; la miction normale était à peu près complètement rétablie. Je conseillai à la malade de prendre patience, de rentrer chez elle, de fermer par un pansement approprié l'orifice du petit trajet fistuleux et de revenir me voir au bout de cinq à six semaines.

Le 15 juillet, elle rentra à la Pitié, salle Lisfranc, n° 27 ; elle avait eu le 18 juin une métrorrhagie abondante, et, le lendemain même de son entrée, il s'en produisit une seconde. Quant à la fistule urinaire, elle était, depuis trois semaines au moins, totalement oblitérée.

La malade était très affaiblie par ces pertes de sang, très pâle, très anémique, souffle très intense à la pointe du cœur.

Le repos, les injections très chaudes, vinrent à bout des hémorrhagies. Mme Ch... resta trois mois dans le service, et les accidents ne se renouvelèrent pas. Le fibrome ne semblait nullement en voie de croissance : vers la fin d'octobre, ses règles reparurent, sans douleurs, et peu abondantes. La malade avait repris de l'embonpoint, des couleurs et de la force : aussi, je crus bon de différer toute intervention et de me borner à un traitement médical. Elle quitta l'hôpital le 29 octobre : la cicatrice inguinale était soulevée, depuis quelque temps déjà, par une pointe de hernie qui nécessite le port d'un bandage.

OBS. XIV. — *Hernie inguinale gauche de la trompe. — Salpingite correspondante. — Kélotomie et ablation de la trompe malade et de l'ovaire. — Guérison.*

(GUINARD et DUDEFOY)

La nommée F. H..., âgée de 24 ans, entre le 24 janvier 1893 dans la salle Richard Wallace, à l'hôpital Tenon. Cette jeune femme est d'aspect robuste : elle a toujours habité la campagne dans le département du Cher ; ce n'est que depuis un an qu'elle est à Paris. Nous n'insisterons que sur ses antécédents génitaux. Elle a été réglée pour la première fois à l'âge de 16 ans. La menstruation n'a jamais été bien

réglée : elle s'accompagnait toujours de phénomènes nerveux, de crises nerveuses au cours desquelles, suivant son expression, « il fallait 4 hommes pour la tenir ». Elle perdait du sang à chaque époque menstruelle abondamment et pendant 8 jours. Il y a 4 ans, elle est accouchée après 3 jours de douleurs : l'accouchement a été très difficile, on s'est servi du forceps. Néanmoins, 8 jours après la délivrance, elle reprenait ses occupations de fille de ferme. Au bout de 3 semaines, elle commençait à souffrir au ventre, et elle s'apercevait qu'elle portait dans la région inguinale une tuméfaction venue spontanément, sans que son apparition pût être rapportée à un effort quelconque. Cette tuméfaction était douloureuse à la pression seulement, mais, depuis un an, elle est devenue beaucoup plus sensible, et ce sont les douleurs incessantes dont elle est le siège, ainsi que son augmentation progressive de volume, qui engagent la malade à entrer à l'hôpital.

Ajoutons que, depuis son accouchement, cette jeune femme a constamment un écoulement séro-purulent par le vagin, et que les règles sont beaucoup moins abondantes et durent beaucoup moins qu'auparavant (3 jours au lieu de 8).

A son entrée, nous constatons une tuméfaction considérable de la région inguinale gauche, sans changement de couleur de la peau. On peut plisser la peau au devant de la tumeur, mais il est difficile d'explorer cette tumeur à cause des violentes douleurs que la moindre pression provoque à ce niveau.

En introduisant avec précaution l'index dans le canal inguinal, on trouve une seconde tumeur qui semble tenir à la première par un tractus et dont la pression est aussi très douloureuse. Cette dernière tumeur donne exactement la sensation qu'on a chez l'homme lorsqu'on explore un testicule retenu en haut du canal inguinal. L'impulsion de la toux se fait sentir surtout sur la tumeur supérieure qui bombe alors fortement dans le canal inguinal.

Nous fondant surtout sur la douleur si vive de l'exploration, nous arrivons par exclusion au diagnostic de hernie de la trompe et de l'ovaire.

La kélotomie est pratiquée le 27 janvier 1893. Nous arrivons avec peine sur une masse très saignante, allongée en boudin. Le sac péri-

tonéal est très adhérent à la tumeur. En le décollant avec l'ongle, on finit par arriver à la cavité abdominale. M. Guinard introduit alors un doigt dans le bassin et reconnaît la corne utérine gauche. En remontant du côté de l'anneau inguinal, il attire la portion saine de la trompe, et passe un fil double au travers de ce pédicule qui relie la tumeur à l'utérus. Section de ce pédicule au thermocautère en dehors de la ligature. Pour libérer de même la tumeur sur son extrémité opposée, M. Guinard est conduit à attirer l'ovaire qui est à peu près doublé de volume, mais qui n'est pas adhérent au péritoine. Il fait un pédicule comme précédemment au-dessous de l'ovaire, et la tumeur s'énuclée alors facilement. Suture et résection du sac péritonéal, suture des piliers de l'orifice inguinal et des parois du canal. Sutures de la peau. Pansement ordinaire.

Examen des pièces. — L'ovaire est doublé de volume, des dimensions d'un gros pois. La trompe est du volume d'un gros boudin. C'est de la salpingite parenchymateuse; on trouve à la coupe trois abcès séparés l'un de l'autre. La ligature porte sur une portion saine de la trompe qui est oblitérée au point où elle pénétrait dans le trajet inguinal. Huit jours après, la malade est en bonne voie de guérison.

OBS. XV. — *Hernie crurale gauche de la trompe.*

Intervention. — Guérison.

(KOUSMINE)

M. Z..., âgée de trente-six ans, entre le 14 mars 1893 dans ma clinique, pour s'y faire traiter chirurgicalement d'une tumeur de la région iléo-fémorale gauche.

Le père est mort à 50 ans, par suite d'un refroidissement, la mère est encore en vie, une sœur est morte en couches. La malade se porta bien pendant toute son enfance; elle fut réglée à 14 ans et se maria à 21 ans.

Les règles étaient toujours très douloureuses, apparaissaient tous les 15 jours et se prolongeaient 2 à 3 jours. Après le mariage les règles devinrent plus pénibles et furent accompagnées de douleurs insupportables siégeant au bas-ventre, au sacrum et surtout dans la moitié gauche du bassin.

A cette période la malade qui ne pouvait ni rester couchée sur le dos, ni marcher librement, souffrait de constipation, ressentait des douleurs sourdes dans l'extrémité inférieure gauche. La malade, affaiblie par la souffrance, passa, l'année dernière, 6 semaines à l'hôpital, mais sans résultat ; les douleurs du sacrum étant devenues persistantes, la malade restait le plus souvent étendue. En marchant elle se courbait et se penchait du côté gauche.

Désespérant d'obtenir une amélioration quelconque dans son état, Mme Z... s'adresse fin juin 1882 à une simple paysanne qui lui promet une guérison complète par le massage. Pour atteindre ce but, la femme pressait et pétrissait d'abord fortement le bas de l'abdomen, puis elle retournait la malade, sautait sur son dos en s'y agenouillant et s'efforçait de comprimer le ventre en dirigeant les mouvements de haut en bas et des côtés vers le milieu. Deux jours après ce traitement on s'aperçut d'une tumeur peu saillante, siégeant au-dessus d'une ligne tirée de l'épine du pubis à l'épine iliaque antéro-supérieure.

La tumeur, qui ne présentait d'abord aucun relief considérable, avait la forme d'un petit sac relâché, arrondi et donnait lieu à une sensibilité douloureuse que ressentait la malade lorsqu'elle étendait la cuisse. Les douleurs au sacrum et à la moitié gauche du bassin diminuèrent dès que la tumeur fut devenue apparente, il fut possible à la malade de se coucher sur le dos et elle ne souffrit plus de constipation.

Avec le temps, la tumeur augmenta, s'étendit davantage intérieurement et atteignit de telles dimensions, qu'elle empêchait tout à fait la malade de marcher.

Les douleurs pelviennes se renouvelèrent et la malade n'éprouvait de soulagement qu'en restant couchée dans l'attitude fléchie du membre. Lasse de vivre sans travailler, elle vint réclamer mes soins, disposée et bien décidée à subir le traitement que je lui proposerais, fut-ce au prix d'une intervention chirurgicale.

La malade était de taille moyenne, assez forte.

Les urines en quantité de 1868 grammes, d'une densité de 1010, étaient acides et ne renfermaient ni sucre, ni albumine.

L'auscultation et la percussion des poumons présentaient leurs caractères normaux et il n'y avait rien à signaler de l'examen des autres viscères.

La tumeur s'était accrue depuis ces dix mois et formait dans la partie supérieure et interne de la cuisse gauche une proéminence de la grosseur du poing d'un adolescent.

A l'examen de cette région on constatait au-dessous de la partie la plus interne de l'arcade une tumeur peu douloureuse, compressible, fluctuante, qui aboutissait en forme de bosselure dans sa partie inférieure à l'un des orifices dilaté dont est percé le fascia cribriformis.

La tumeur remontait et disparaissait sous l'arcade de Fallope en se faisant sentir par le toucher dans le flanc gauche sous la forme d'un kyste gros comme une noix de coco.

La tumeur représentait un sac serré dans l'aîne et divisé en deux cavités qui communiquaient entre elles. La cavité supérieure de la tumeur était un peu mobile, tandis que l'inférieure restait immobile et ne pouvait être déplacée ni de bas en haut, ni latéralement, mais elle diminuait et s'agrandissait à la pression par suite du passage du liquide d'un sac dans l'autre. Les contours de la tumeur en haut de l'arcade n'arrivaient que jusqu'à 4 centimètres au-dessus de la ligne ombilicale transversale, en dedans jusqu'à un travers de doigt de la ligne médiane et en dehors la limite disparaissait d'une manière indéterminée. La matité était absolue dans toute l'étendue de la tumeur.

Le toucher vaginal et l'exploration bimanuelle faisaient voir que l'utérus était entraîné et s'inclinait à gauche et en avant.

Du côté gauche de l'utérus, dans la direction de l'aîne, se faisait sentir une espèce de pédicule. L'ovaire correspondant ne se laisse trouver ni par le toucher vaginal, ni par le toucher rectal. Par une ponction aspiratrice de la tumeur je m'assurai de la nature séro-purulente du contenu.

En résumé, il y avait donc à n'en pas douter une tumeur kystique à deux cavités : l'une inférieure sur laquelle je me décidai à porter l'opération et l'autre supérieure.

Le 19 mars. — Je pratiquai une incision de 7 centimètres à la partie la plus bosselée de la tumeur et j'atteignis l'espace que limite le ligament falciforme d'Allan Burns sur le sac formé par le péritoine doublé d'une couche fibreuse. On l'incisa et on arriva au sac de la tumeur.

Après l'ouverture de celui-ci, je pénétrai dans une cavité renfer-

mant au moins 2 livres de liquide purulent, clarifié, dont les éléments solides se déposaient sur la paroi. Après avoir bien épongé et nettoyé le sac et les lèvres de l'incision j'essayai de dégager le kyste, mais ce fut impossible à cause des adhérences très serrées entre sa paroi et les tissus voisins.

Le contenu du réservoir supérieur se vida au même moment. Voulant examiner l'intérieur, j'y introduisis le doigt et je pus le faire remonter en suivant le canal crural dans le sac supérieur. La surface interne du sac inférieur se présentait un peu tomenteuse, et traversée par des trabécules saillantes ; la surface du sac supérieur était lisse et s'étendait vers l'utérus. Les mouvements imprimés au col par le doigt introduit dans le vagin, se transmettaient distinctement aux parois du sac supérieur. Tout cela appuyait de la façon la plus évidente le diagnostic de *dilatation kystique de la trompe utérine* en forme de hernie dans le canal crural.

Dans ce cas la moitié externe de la trompe occupait seule la cavité du sac herniaire ; son extrémité était fermée probablement par persistance de l'état infantile ou bien par suite de son développement incomplet ou d'une agglutination et d'une sorte d'intussusception des franges du pavillon qui se fusionnaient plus ou moins intimement avec le kyste et formaient les trabécules dont j'ai fait mention plus haut.

En présence des adhérences et de la suppuration je ne pouvais me décider, séance tenante, ni à extirper la tumeur, ni à fendre l'arcade de Fallope et la paroi abdominale au risque de perdre la malade.

Je préférerai faire communiquer préalablement les deux foyers à l'aide d'un gros drain, qui partait d'en haut jusqu'à la partie intérieure de l'incision et qui permettait au contenu du réservoir supérieur de se vider, tandis que la cavité inférieure était râclée à l'aide d'une cuiller tranchante et tamponnée avec de la gaze iodoformée. Jugeant cette opération suffisante pour le moment, je me proposais en cas de nécessité de la compléter ensuite.

L'état général de la malade se releva vite après cette opération ; le 19 mars au soir, la température était 38° 2 ; la malade se plaignait un peu de douleurs au bas-ventre et à la plaie ; le ventre était souple, pas de vomissements.

Le 20 matin. — Temp. 37° 5, le soir 37. Nuit assez bonne, point de douleurs vives. Alimentation légère.

Le 21 matin. — Temp. 37° 4; le soir 37° 6; le pansement était maculé par du pus séreux et un peu de sérosité sanguinolente. On refit le pansement. Il s'était écoulé une assez grande quantité du pus du réservoir supérieur par le tube, qui était absolument intact et inodore.

Les lèvres de la plaie étaient un peu tuméfiées; le ventre n'était pas sensible à la pression; à la percussion la matité du réservoir supérieur était considérablement diminuée.

Le 22 matin. — Temp. 37° 5; soir 37° 6; on donna un lavement et la malade alla à la garde-robe.

Pendant les jours, suivants la température ne dépassait pas 37° 5; pansements tous les 4 ou 5 jours et une injection d'acide borique.

La suppuration des cavités, bien qu'elle diminuât de jour en jour, continuait encore un peu jusqu'au 16 mai, jour de sortie de la malade.

La cavité supérieure s'était rétrécie, ne donnait plus de matité à la percussion du ventre et laissait supposer qu'elle s'affaîsserait entièrement; la cavité inférieure était à peu près cicatrisée.

La malade devait venir me revoir pour que je puisse extirper la trompe transformée en kyste, au cas où l'opération faite aurait été insuffisante.

Cinq mois après, la malade se montrait parfaitement guérie. La cavité supérieure et la fistule inférieure étaient complètement cicatrisées.

Obs. XVI (partielle). — *Hernie inguinale étranglée depuis vingt-quatre heures. — Présence de la trompe dans le sac.*

(WALTHER)

L. A..., 14 mois, entre à l'hôpital Trousseau, salle Giraldès, le 31 mai 1894, dans le service de M. le professeur Lannelongue.

... Début à l'âge de 6 semaines: la mère remarque une grosseur à l'aîne; application d'un bandage de 3 à 5 mois... Réapparition de la hernie à 9 mois.

Opération par M. Walther: la hernie contenait un petit étranglement avec de l'intestin grêle, plus la trompe, qu'on a réduite.

... Guérison.

OBS. XVII. — *Grossesse tubaire rompue dans le péritoine, venant faire saillie au niveau du canal inguinal et présentant tous les signes d'une hernie inguinale étranglée. Laparotomie latérale et ablation des annexes gauches.*

(MALHERBE)

J'ai l'honneur de vous présenter une grossesse tubaire enlevée dans des conditions tout à fait particulières et dont tout l'intérêt réside dans la manière dont elle s'est comportée cliniquement.

Le 29 décembre 1894. — On transporte à l'hôpital Bichat, dans le service du professeur Terrier, vers les deux heures de l'après-midi, une femme âgée de 34 ans. Son facies est pâle, sa langue sèche, légèrement brune, son pouls absolument incomptable.

Elle raconte que la veille, étant au lavoir, elle a été prise brusquement d'une douleur dans le ventre et qu'elle s'est trouvée mal ; immédiatement sa hernie (car elle avait une hernie) est devenue dure, tendue, extrêmement douloureuse. La malade dut être transportée chez elle. Impossibilité d'uriner. Le matin même, elle commença à vomir d'une façon presque continue (vomissements bilieux).

Depuis 4 jours la malade n'avait pas été à la selle et n'avait rendu aucun gaz par l'anus.

Un médecin appelé pratiqua un taxis pendant environ un quart d'heure ; durant cette manœuvre la malade eut une syncope.

Elle avait ses règles depuis le 23 décembre. Elle est d'ailleurs toujours très bien réglée, les règles durent huit jours environ ; les dernières avaient eu lieu normalement le 23 novembre.

La malade n'a jamais souffert du ventre ; jamais de fausses couches, pas de maladie grave.

Il y a huit ans, accouchement normal ; mais s'étant levée au bout de deux jours, elle s'aperçut alors qu'elle avait dans l'aine une petite grosseur ; une sage-femme consultée lui dit que c'était une hernie. Cette petite grosseur rentrait alors facilement, ne lui occasionnant aucune douleur. Jamais la malade n'a porté de bandage.

Il y a un mois, dit-elle, après avoir porté une charge de linge, elle a

senti *quelque chose qui lui craquait*, elle commença alors à souffrir de sa grosseur et du ventre.

Quand nous voyons la malade, le ventre est souple et nullement douloureux ; par contre la tumeur du canal inguinal est dure, tendue, douloureuse. En présence de signes qui sont ceux d'une hernie étranglée, après avoir fait tout préparer pour une telle intervention, la malade est chloroformisée, j'incise au niveau de la tumeur comme pour une hernie inguinale.

Je trouve un sac très tendu, qui, ponctionné avec la pointe du bistouri, laisse écouler une certaine quantité de sang noirâtre liquide.

Le sac incisé est trouvé absolument vide, mais en explorant le trajet inguinal avec le doigt, puis avec une sonde cannelée, il s'écoule aussitôt une quantité considérable de sang noir. L'anneau et la paroi sont alors rapidement et largement fendus par en haut d'un coup de ciseaux : du sang noir et des caillots s'écoulent en abondance et inondent le champ opératoire.

Après avoir bien protégé l'intestin avec des compresses, j'explore les annexes de ce côté et je les attire au dehors ; la trompe présente le volume d'une noix et l'on remarque à sa partie postérieure une petite déhiscence. L'ablation des annexes est pratiquée après pédiculisation avec un gros fil de soie. Tout le petit bassin, le cul-de-sac de Douglas est rempli de caillots et de sang liquide ; on procède à la toilette de ces parties le mieux possible avec des compresses et des tampons, puis un drain est placé en arrière de l'utérus.

Sutures du péritoine et du plan musculo-aponévrotique avec des points séparés à la soie. La peau est suturée au crin de Florence. Pansement : gaze iodoformée, ouate stérilisée.

Durée de l'opération, 1 h. 30 environ.

Le lendemain, 30 décembre, suintement sanguinolent très abondant, on aspire quelques grammes de liquide par le drain. Le pansement est refait. L'état général est bon, Température 37°4, pouls 100. La malade a vomi plusieurs fois dans la nuit ; sondée, on a retiré 300 grammes d'urine.

Température soir 37°8.

Le 31. — Température 37°4. Pas de suintement. Encore quelques

vomissements dus au chloroforme, pouls 90 ; elle a bien dormi, aucune douleur. La malade rend des gaz par l'anus. Urine, 457 grammes. Lait.

Les 1^{er}, 2, 3 janvier. — La malade urine seule. Température 37°4.

Le 2. — On refait le pansement : pas de suintement ; la malade a été deux fois à la selle ; état général excellent ; 900 à 1000 grammes d'urines. Potages.

Le 4. — Le pansement défait, on ne trouve plus aucun suintement. Le drain est alors retiré. Urine 1000 grammes. La malade demande à manger.

Le 6. — On retire les fils profonds et l'on remet un petit drain court par précaution pour empêcher la plaie de se fermer trop tôt.

Le 8. — On enlève les points de suture superficiels. La plaie est complètement réunie.

Le 11. — Le suintement au niveau du drain étant minime, on le retire définitivement. Le ventre est souple, la malade mange avec appétit et son teint est redevenu coloré.

La trompe que voici mesure à peu près le volume d'une noix ; en l'examinant en arrière, on aperçoit un endroit de sa paroi déchiré irrégulièrement ; cette petite rupture présente des dimensions relativement restreintes et c'est par là cependant que s'est produit l'hémorrhagie qui remplissait tout le petit bassin.

L'ovaire ne présente rien de particulier ; il est scléro-kystique.

Obs. XVIII. — *Hernie inguinale droite.*

(JALAGUIER)

M... Mathilde, 19 mois, entrée le 2 juin 1896 ; sortie le 15 juin 1896.

Antécédents personnels : rien à relever.

Histoire de la hernie. — Il y a six mois que les parents se sont aperçus que l'enfant avait une grosseur dans l'aîne droite. L'enfant ne paraissait pas en souffrir. Quand on fait pleurer l'enfant, on voit apparaître au niveau de l'orifice externe du canal inguinal une tuméfaction ovoïde, réductible avec gargouillement. La percussion de cette tumeur ne révèle pas une sonorité bien nette.

Le 2 juin. — On purge l'enfant.

Le 3. — Cure radicale : chloroforme. Incision parallèle au canal inguinal. — On tombe sur un sac très épais ; on l'ouvre après l'avoir détaché avec soin des parties environnantes ; et on trouve à l'intérieur, une petite anse qu'on reconnaît être la trompe de Fallope ; on met un catgut sur le collet du sac et, un moment, on se demande, étant donné l'épaisseur du sac, si on ne se trouve pas en réalité en présence de la vessie ; on introduit même une sonde dans la vessie par l'urèthre ; mais un examen plus attentif, et, enfin la présence dûment constatée de la trompe de Fallope dans le sac font reconnaître que l'on n'a pas affaire à une cystocèle inguinale, mais bien à un sac formé par le canal de Nüek ; le sac ne renfermait ni intestin, ni épiploon, bien que l'on ait nettement senti la veille que la tumeur se réduisait en produisant un gargouillement caractéristique.

Guérison.

Obs. XIX. — *Pyosalpinx dans un sac de hernie crurale.*

(GOEPEL)

Il s'agit d'une femme de 62 ans, qui jusqu'ici aurait été, à son dire, bien portante. Elle est mariée depuis 40 ans : au début de son mariage, un enfant ; depuis, aucune grossesse. Depuis 12 ans, une hernie de la région abdominale inférieure droite, qui, dans ce laps de temps, s'était reproduite 3 ou 4 fois, mais qui, chaque fois, se réduisait toujours facilement. La tumeur herniaire atteignait des dimensions assez fortes. Sa sortie produisait régulièrement des coliques très douloureuses qui disparaissaient lorsqu'avec la main on réduisait la tumeur.

Jamais de bandage. La malade ne s'était point aperçue qu'elle portât continuellement une tumeur herniaire dans les derniers temps qui précédèrent l'opération, encore que les faits révélés par celle-ci rendent la chose vraisemblable. La malade rapporte seulement que, dans les dernières semaines et même les derniers mois, elle ne se sentait pas aussi bien qu'auparavant, tout en ne remarquant aucun changement dans la région herniaire.

Il faut encore mentionner que les règles de cette femme très régulières depuis une dizaine d'années, n'avaient jamais subi de dérangement. Le soir du 5 juin 1895, la patiente faisant son service de préposée aux W. C., fut prise subitement d'un frisson, suivi d'une abondante sueur froide. On dut reconduire la malade chez elle. A son arrivée, elle fut prise de violents vomissements, qui se renouvelèrent très souvent dans les 24 heures suivantes ; tout en même temps son ventre gonflait et devenait douloureux ; pas de coliques à proprement parler. Disparition des gaz et des selles. En même temps, la malade remarquait que sa hernie était un peu ressortie, mais elle n'éprouvait pas, à son dire, les mêmes symptômes qu'aux précédentes sorties de sa hernie.

Le soir du 6 juin, 24 heures après le début des accidents, la malade présentait l'aspect suivant : femme corpulente, un peu vieillie, légèrement asthmatique ; intelligence conservée ; pouls à 100, fort : température : 39°6. Abdomen distendu d'une façon uniforme, douloureux à la moindre pression. Pas d'épanchement diagnostiquable dans la cavité abdominale. Dans la région inguinale droite une tumeur grosse comme un œuf de poule, qui soulève un peu le ligament de Poupart, de façon qu'il soit impossible de préciser la nature crurale ou inguinale de la hernie. Celle-ci est de consistance molle, élastique, donnant à la percussion un son creux, et à la palpation la même sensation à peu près que le reste de l'abdomen. L'exploration des organes génitaux montre un utérus augmenté de volume, en forte antéversion et semblant fixe. La palpation bimanuelle est impossible, l'abdomen étant très douloureux. Pas d'albumine dans l'urine.

Diagnostic : hernie droite crurale (ou inguinale) avec contenu inflammé (épiploon enflammé, sac herniaire suppuré, hernie pariétale ?) Début de péritonite du sac et début de péritonite généralisée.

Le même soir, kélotomie. Incision plutôt verticale coupant obliquement le ligament de Poupart : la hernie est ainsi libérée et découverte, et l'on reconnaît qu'il s'agit d'une hernie crurale. Les enveloppes du sac contiennent une assez grande quantité de graisse. Le sac lui-même est moyennement tendu, il contient un peu plus de deux cuillers à bouche d'une sérosité jaunâtre, un peu louche. Dans la profondeur de la cavité herniaire, relativement grande, on trouve une tumeur tendant

à sortir du trajet herniaire, tumeur grosse à peine comme une noisette, d'un rouge sombre, d'une consistance molle et élastique, présentant à sa surface l'aspect d'une séreuse qui serait parcourue de fins tractus fibreux. Au premier coup d'œil, cette tumeur semble être une anse herniée de l'intestin grêle. Mais s'oppose à cette interprétation ce fait que l'organe hernié est en tout sens intimement uni avec le collet du sac : leur séparation ne devient possible qu'après que l'on ait incisé le collet. Après avoir ouvert la cavité herniaire, on y introduit le doigt, ce qui rend possible l'exploration de l'organe hernié. Celui-ci appartient à un viscère allongé, irrégulièrement contourné, gros presque comme le pouce, qui, d'un côté, par un pédicule plus mince, se continue avec la corne utérine droite, et, de l'autre côté, se prolonge jusqu'à la paroi du bassin, pour s'épanouir en des prolongements aplatis. Cette conformation ne peut être celle d'aucun autre organe que de la trompe plus ou moins dilatée, et dont la paroi a au niveau de la hernie formé un diverticule ayant pénétré dans le sac herniaire. Pour pouvoir exciser complètement la trompe, la paroi abdominale est fondue verticalement sur une étendue d'une largeur de main, à partir du trajet herniaire. On isole la trompe et l'ovaire sclérokytique des adhérences qui les réunissaient aux organes et tissus voisins : à ce moment, issue d'une goutte de pus de la trompe, un peu déchirée. On excise celle-ci au thermo-cautère. La plaie est tamponnée à l'iodoforme, après avoir, à l'aide de quelques points de suture, diminué d'étendue l'ouverture de la cavité abdominale.

On ne touche pas aux annexes du côté gauche.

Les jours suivants, la fièvre ne rétrocède que lentement, par suite du retour de quelques symptômes de péritonite. Pendant assez longtemps la guérison de la malade resta en question, par suite de complications pulmonaires, de la faiblesse très marquée de son cœur : cependant on put continuer de panser régulièrement la malade. Quatre semaines après l'opération, elle était guérie. Elle n'éprouvait plus aucune gêne et put reprendre ses occupations.

Les pièces enlevées présentaient les particularités anatomiques d'une trompe depuis longtemps kystique, dans laquelle s'étaient récemment produits des phénomènes inflammatoires. Il s'agit d'un con-

duit long de 9 centimètres environ, avec une circonférence de près de 7-8 centimètres, avec des renflements séparés par des sillons plus ou moins profonds. D'un côté, l'organe se résout en un mince pédicule. Les franges sont disparues. A leur niveau, la trompe semble soudée avec l'ovaire kystique, de façon à former un kyste tubo-ovarien. L'intérieur est divisé par des éperons et par des travées en un grand nombre de kystes en formes de poches. La paroi de la trompe est assez épaissie. La surface intérieure semble, à l'œil nu, lisse. Mais au microscope, la muqueuse présente de grandes lésions des cellules épithéliales, en partie détruites, et une infiltration diffuse de petites cellules de nouvelles formations. A l'ouverture de la trompe s'échappe un pus clair et fluide, qui contient une grande quantité de diplocoques qui se rapprochent en longues chaînes. Comme j'ai déjà dit, la hernie était formée par un diverticule de la paroi de la trompe, sans que celle-ci ait subi d'étranglement.

Obs. XX. — *Grossesse tubaire dans une hernie inguinale.*

(M. JORDAN)

La malade, âgée de 37 ans, sans antécédents pathologiques héréditaires ou personnels, toujours bien réglée, mariée en 1887, eut une première grossesse en 1888. La grossesse évolua sans incident, l'accouchement fut normal, mais l'enfant mourut bientôt après. Depuis 1889, la malade ressentait de la gêne et de la douleur dans l'abdomen, et un médecin les attribua à une salpingite suppurée droite. Entre autres accidents il faut citer une inflammation suppurée du ligament large, qui, finalement, forma un abcès venant faire saillie dans le ligament de Poupert, du côté droit. Enfin au printemps 1890, l'on dut faire deux incisions assez étendues : il persista un vaste clapier qu'on dut curetter à différentes reprises ; après plusieurs mois de soins, on obtint pourtant une guérison complète. La seconde grossesse se termina en décembre 1892, par un accouchement spontané, après qu'un médecin eût fait sans résultat une application de forceps sur la tête encore très élevée. Les suites de couches se passèrent sans fièvre : pourtant on vit évoluer les symptômes d'un sphacèle de la paroi vési-

cale et s'établir une fistule vésico-vaginale : incontinence absolue de l'urine qui s'écoulait par le vagin.

Pour guérir cette fistule, comme on ne pouvait abaisser la vessie par suite de la présence du tissu cicatriciel, surtout au niveau du ligament large droit, autrefois malade, on employa le procédé de Trendelenburg, on fit une symphyséotomie, on ouvrit la vessie par sa face antérieure, on ferma par trois points de suture l'ouverture de la fistule, située entre les deux embouchures urétérales, et l'on termina l'opération en suturant, plan par plan, la vessie, puis la paroi abdominale. Réunion par première intention : pourtant la fistule n'était guérie en aucune façon.

Après que la malade eut subi, de mai à septembre 1893, trois nouvelles opérations, par la voie vaginale, sans plus de succès que la première fois, elle vint en mai 1894, à la clinique du professeur Czerny, qui réussit à fermer la fistule, en se servant encore de la voie vaginale, mais en ne faisant ses sutures qu'après avoir excisé la cicatrice et avivé les tissus. A ce moment, l'hypogastre de la malade présentait l'état suivant : L'abdomen porte, un peu au-dessus de la symphyse, deux cicatrices, anciennes, larges, profondes et, à leur niveau, une éventration. L'une d'elles, largement dilatable, se trouve dans la région du canal inguinal, et est oblique de dedans en dehors : à son niveau, on peut pénétrer dans la cavité abdominale par une ouverture de la dimension d'une pièce de trois marks environ (*un ancien petit écu de France*). La seconde cicatrice se dirige obliquement au-dessus de la symphyse, et, dans sa moitié gauche, correspondant à l'anneau inguinal, elle se dilate en forme de hernie ; le véritable orifice herniaire admet deux doigts.

Les fonctions de la vessie restèrent normales à la suite de l'intervention du professeur Czerny : la malade avait un bon état général et ne se plaignait que d'une constipation opiniâtre, contre laquelle on devait très souvent employer purgatifs et lavements. Pendant l'été 1896, cette difficulté de la défécation s'accrut considérablement, la malade ne pouvait se présenter à la selle sans éprouver de très violentes et très douloureuses coliques. A la fin de juillet, elle eut une véritable crise de rétention stercorale aiguë, accompagnée de douleurs

et de vomissements, dont la gravité sembla devenir un moment menaçante, mais qui céda enfin à un énergique traitement médical (lavements, etc...). Le 3 août, la malade vint consulter à la clinique, redoutant une grossesse, car elle n'avait point eu ses règles, d'habitude très régulières, depuis le 17 juin, et à cette époque elles avaient été très peu abondantes. On ne pratiqua pas un examen très approfondi, et on lui conseilla de revenir un ou deux mois plus tard. Mais l'après-midi du même jour, la malade fut prise soudainement, à l'hôtel où elle était descendue, de très violentes douleurs abdominales : survinrent des vomissements, et son état était tellement inquiétant qu'on dut la transporter d'urgence à la Clinique.

Etat de la malade à l'entrée : femme assez forte, trapue, dans un état d'anémie qui frappait, le visage anxieux, pouls petit et fréquent (120). Le ventre était très tendu, donnait partout un son tympanique, était uniformément sensible à la pression. A la partie inférieure droite de l'abdomen, un peu au-dessus, près de la cicatrice que nous avons décrite plus haut, et semblant faire corps avec elle, se trouve une tumeur, grosse comme un petit poing, donnant à la percussion un tympanisme assourdi. Immédiatement au-dessous de la cicatrice, qui présente en son milieu un orifice herniaire qui admet très facilement l'index, se trouve une tumeur herniaire, grosse comme un œuf de pigeon, molle, non réductible. Dans la moitié extérieure de la cicatrice oblique qui se trouve à gauche, se présente, correspondant à l'orifice inguinal externe, une hernie grosse comme une pomme, de consistance molle : elle donne un son assourdi, ne se laisse pas réduire, et la palpation à son niveau provoque une douleur qui se propage dans la profondeur. Urine claire, acide, sans albumine ni sucre, réaction de l'indican très nette.

Suite de l'observation : 4 août. — Depuis l'entrée à la Clinique, la malade continue à vomir et à souffrir. Malgré les lavements, ni selles ni émission de gaz. Les purgatifs sont tous rendus.

Le 5. — Les vomissements sont plus intenses ; les vomissements sont aujourd'hui d'apparence fécaloïde ; on donne, mais sans résultat, plusieurs lavements huileux : la malade accuse de violentes douleurs, ne peut dormir, se plaint beaucoup.

Les symptômes d'étranglement décident l'opération.

L'incision, se dirigeant, à partir du mont de Vénus, obliquement en dehors, à gauche et en haut, libère le sac herniaire, gros à peu près comme une pomme, formé d'enveloppes assez épaisses. Une fois ouvert, on le trouve rempli de caillots sanguins noirâtres, très adhérents aux parois. Après avoir enlevé les caillots, on vit encore suinter venant de la profondeur, un sang rouge, clair, artériel : aussi dut-on, pour se rendre un compte exact des lésions, augmenter l'incision et la prolonger en haut jusqu'à ce qu'elle eût atteint 19 centimètres. En pénétrant dans la profondeur du sac herniaire, on trouva un fœtus, qui fut immédiatement extrait avec ses annexes : l'œuf entier était jusque là resté caché au milieu d'anses intestinales. Les annexes furent attirées dans la plaie : on réséqua l'ovaire, après ligature. On dut enlever de très nombreux et très gros caillots sanguins disséminés au milieu des anses intestinales. En examinant l'intestin, on découvrit une large et solide adhérence du côlon au sac. On réséqua un bout d'épiploon dont les franges amincies avaient contracté des adhérences avec l'intestin grêle. On fit une toilette aussi complète que possible de la cavité de Douglas ; on tamponna avec de la gaze aseptique la plaie abdominale et on en diminua l'étendue à l'aide de quelques points de suture à la soie.

Examen de la pièce : le fœtus est long de 7 centimètres $1/2$, de sexe masculin, et devait, d'après le développement de ses organes, être âgé de 11 à 12 semaines. Il est frais, sain. L'œuf, gros comme une pomme, s'est développé dans la portion moyenne de la trompe : il porte sur un de ces côtés l'extrémité abdominale de la trompe, courte, épaissie, munie de franges très développées, et, au milieu, l'extrémité utérine longue de 2 centimètres environ. Les parois des deux parties de la trompe se rejoignent en embrassant l'œuf, et le recouvrent en entier.

L'ovaire, gros comme une amande, contient un corps jaune récent. Le ligament large présente plusieurs kystes.

Durée de l'opération : 45 minutes. A la fin de l'opération, la malade est dans le collapsus, anesthésie mixte : morphine, chloroforme et éther. Injections sous-cutanées d'éther (on n'opère pas le côté droit, vu l'état alarmant de la malade).

Les vomissements ont continué après l'opération et ont gardé leur

aspect fécaloïde. Le 6 août, à 5 h. 1/2 du matin, la malade est morte en syncope.

AUTOPSIE. — *Abdomen* : La tumeur existant dans la région inguinale droite près de l'éventration est formée d'un amas d'anses de l'intestin grêle adhérentes entre elles. La tumeur siégeant dans l'éventration même contient de l'épiploon qui lui adhère et attire en bas la partie du côlon voisine de l'angle droit de cet intestin. A gauche, au niveau du champ opératoire, on trouve de nombreuses adhérences : celles-ci ont provoqué une série de rétrécissements de l'intestin qui forment comme une suite de soupapes. Une anse grêle, longue de 30 centimètres, est comprise entre deux adhérences, l'une avec la cicatrice de la paroi abdominale, l'autre avec l'*ostium abdominale* de la trompe droite, et, sur ce trajet, très dilatée. Le côlon et le rectum présentent des coudures brusques. L'utérus est augmenté de volume et est pourvu d'une caduque. Sur la paroi postérieure de la vessie, entre les deux orifices urétéraux, une cicatrice : sur la paroi antérieure du vagin, une cicatrice qui correspond à celle de la vessie. La trompe droite a son extrémité abdominale étroitement unie avec une anse grêle. De la trompe gauche ne subsiste que son pédicule serré entre des ligatures de soie. Caillots sanguins abondants au niveau de la tumeur enlevée, des anses intestinales, et de la cavité de Douglas. Des deux côtés, néphrite interstitielle chronique, à droite hydronéphrose.

Obs. XXI. — *Double hernie congénitale des trompes,
sans hernie de l'ovaire.*

(P. WIART)

Sur un sujet féminin, âgé de 2 mois et demi, trouvé à l'amphithéâtre de Clamart, nous avons constaté une disposition anormale très rare des trompes droite et gauche.

Après ouverture de l'abdomen, l'utérus apparaît fortement dévié à droite et la vessie légèrement rejetée à gauche. La corne utérine droite regarde en avant et à droite vers l'orifice abdominal du canal inguinal. L'ovaire, placé à cheval sur le détroit supérieur, n'atteint pas cet orifice ; au contraire, le ligament rond, la trompe et le ligament tubo-ovarien s'engagent à son intérieur. Le ligament rond est en dedans

presque complètement entouré de péritoine : il ne tient à l'anneau inguinal que par une sorte de méso.

La trompe et le ligament de l'ovaire sont libres de toute adhérence. L'ovaire et la trompe sont sains.

A gauche, le péritoine s'enfonce également dans le canal inguinal, et le ligament rond s'en entoure comme de l'autre côté ; de plus l'orifice est obturé par une petite portion du pavillon qui s'y engage et y joue librement. L'ovaire et la trompe sont sains.

A l'extérieur, rien d'apparent avant la dissection ; pas de tumeur d'un côté ou de l'autre.

Après avoir enlevé la peau, on constate de chaque côté l'existence d'un sac péritonéal, du volume d'un gros grain de blé, sortant par l'orifice inguinal externe ; le sac du côté droit est un peu plus volumineux que celui du côté gauche. La partie postéro-interne de ce sac est épaisse et tapissée d'un tissu rougeâtre d'aspect musculaire, constitué par l'épanouissement du ligament rond qui s'est peu à peu dégagé du péritoine et s'est étalé sur cette portion du sac.

A gauche, le sac est vide, la portion herniée du pavillon de la trompe n'atteint pas l'orifice externe.

A droite, la trompe est allongée dans le sac, oblique en bas et en dedans, et libre de toute adhérence, tournant en dehors son bord supérieur tandis, que le pavillon qui occupe le point le plus bas de la portion herniée regarde en dedans et en arrière. Enfin la trompe est restée unie à l'ovaire par le ligament tubo-ovarien très-allongé.

Il n'y avait aucune autre malformation congénitale.

Nous ajouterons à nos observations ces mots de Cruveilhier : « J'ai rencontré deux fois dans une hernie la trompe sans l'ovaire et jamais l'ovaire sans la trompe ».

Nous devons terminer en disant que nous n'avons point cité les faits de Turgis et de Walter dont parle M. Berger dans son article du *Traité de chirurgie*, parce qu'ils se rapportent, à notre avis, le premier à une hernie de l'ovaire, dont la cure a été suivie d'une fistule longue à guérir, le second à une simple hydrocèle du canal de Nück.

CONCLUSIONS

Les hernies de la trompe, sans hernie de l'ovaire, sont des hernies inguinales les plus fréquentes, puis des hernies crurales, et un cas de hernie obturatrice.

La trompe peut être seule dans le sac, c'est le cas le moins rare : elle peut y être accompagnée par d'autres viscères (intestin, vessie) ; elle est saine ou présente, en dehors même des accidents d'étranglement, des lésions pathologiques.

Elle peut enfin s'étrangler, et l'étranglement aller jusqu'au sphacèle.

Les hernies inguinales sont toujours congénitales chez l'enfant. Chez l'adulte, elles peuvent l'être dans les cas de hernie de force à début brusque.

Les hernies crurales n'ont été rencontrées que chez l'adulte : ce sont presque toujours des hernies de faiblesse.

Il n'existe, cliniquement, aucun signe pathognomonique des hernies de la trompe.

Le diagnostic n'a jamais été fait.

Le traitement n'a rien de spécial aux hernies de la trompe : bandage ou cure radicale, si l'on fait la cure radicale l'organe doit être sain, rentré dans le ventre ; malade, complètement excisé.

Vu :

Le Président de la thèse,
TILLAUX.

Vu :

Pour le doyen :
L'Assesseur,
C. POTAIN.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

I

Nous citons d'abord les ouvrages généraux que nous avons consultés, y cherchant des indications sur les hernies de la trompe seule, sans y trouver de renseignements nets :

- Lawrence.** — *Traité des hernies*, trad. de BÉCHARD et CLOQUET, 1818.
Malgaigne. — *Leçons cliniques sur les hernies*, 1841.
Cruveilhier. — *Traité d'anatomie pathologique générale*, 1849, t. I.
Gosselin. — *Leçons sur les hernies abdominales*, 1865.
Felizet. — *Les hernies inguinales de l'enfance*, 1894.
Championnière. — *Cure radicale des hernies*.
Berger. — *Résultat de l'examen de dix mille hernies*, 1896.
Pozzi. — *Traité de Gynécologie*.
Labadie-Lagrave et Legueu. — *Traité médico-chirurgical de Gynécologie*, 1898.
Tarnier-Chantreuil et Budin. — *Traité d'accouchement*, 1882-1898.
Ribemont-Dessaigne et Lepage. — *Précis d'obstétrique*, 1898.
Kirmisson. — *Traité des maladies chirurgicales d'origine congénitale*, 1898.

II

Bibliographie plus spéciale aux hernies de la trompe.

- Berger.** — *Traité de Chirurgie*, 2^e édit., t. VI, p. 396-398.
Boudaille. — *Contribution à l'étude de la hernie inguinale congénitale chez la femme et de la hernie de l'ovaire*, Thèse Paris, 1891, n^o 291.
Broca. — *Bulletin de la Société anatomique*, 1893, 85-88.
— *Traité des maladies de l'enfance* (Grancher, Comby, Marfan), article Hernies, t. III, p. 1-29.

- Brünner.** — Revue de plusieurs cas de hernies rares. *Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. IV, 1889.
- Duret.** — *Des variétés rares des hernies inguinales*, Thèse agrég., Paris, 1883.
- Englisch.** — Mémoire paru dans *Wien. medic. Jahr.*, 1871, et que nous n'avons pu consulter dans l'original.
- Göpel.** — Contribution à l'étude des hernies de la trompe. *Festschrift für Benno Schmidt*, Leipzig, 1896, p. 100-107.
- Guinard et Dufefoy.** — *Bulletin de la Société anatomique*, 1893, p. 85-88.
- M. Jordan.** — Grossesse tubaire dans une hernie inguinale. Travail de la Clinique du Professeur Czerny, de Heidelberg. *Münchener medicinische Wochenschrift*, n° 1, p. 7-9.
- Kousmine.** — Tumeur volumineuse de la région iléo-fémorale gauche constituée par une hernie de la trompe utérine. *Revue de chirurgie*, avril 1895, p. 313-323.
- Lejars.** — Hernie inguinale simultanée de la trompe utérine et de la vessie. Les hernies de la trompe... *Revue de chirurgie*, janvier 1893, p. 12-31.
- Loumaigne.** — *Hernies de l'ovaire*, Thèse de Paris, 1869, n° 50.
- Malherbe.** — *Bulletin de la Société anatomique*, 1895, p. 3-8.
- Peyrot.** — *Manuel de pathologie externe*, t. III, article Hernies, *passim*.
- Puech.** — Hernies de l'ovaire. *Annales de Gynécologie*, 1878, p. 321 et 1879, p. 401.
- Rigabert.** — *Des hernies inguinales chez les petites filles*, Thèse de Paris, 1874, n° 185.
- Salnelle.** — *Etude sur l'étranglement de la hernie inguinale congénitale*, Thèse de Paris, 1880, n° 458.
- Tariel.** — *De la hernie inguinale étranglée chez l'enfant*, Thèse de Paris, 1898, n° 220.
- Thomas.** — *Hernies de l'ovaire*, Thèse de Paris, 1886.
- Turgis.** — *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1893.
- Vassal.** — *Hernie inguinale chez la femme et particulièrement chez la petite fille*, Thèse de Paris, 1895, n° 335.
- Walter.** — *Centralblatt für Chirurgie*, 1897, p. 771-774.

III

Indications bibliographiques concernant les observations.

- OBS. I. — PUECH, Nouvelles recherches sur les hernies de l'ovaire, *Annales de gynécologie*, 1878, p. 321 (Observation tirée de : *La véritable chirurgie établie sur l'expérience et la raison*, par le sieur LOUIS LÉGER DE GOUVEY, maître chirurgien juré, reçu à Paris, et résidant à Rouen. Rouen, 1716, in-8°, 5^e partie, p. 401.
- OBS. II (Obs. III du mémoire de M. LEJARS) publiée en 1809 par VOIGT, in HUFELAND, *Journal der praktischen Heilkunde*, n° 3, p. 139, rapportée par DEZEIMERIS, in *l'Expérience*, 1839, p. 219.
- OBS. III (Obs. II du mémoire de M. LEJARS). — A. BÉRARD, *L'Expérience*, 1839, p. 216.
- OBS. IV (Obs. XIV de SALNELLE). — *Etude sur l'étranglement de la hernie inguinale congénitale*. Th. Paris, 1880, n° 458, tirée de SCHOLLER, in *Gazette médicale de Paris*, 1840.
- OBS. V (Obs. IV du mémoire de M. LEJARS). — AUBRY, *Société anatomique*, 1842, p. 143.
- OBS. VI (Obs. V du mémoire de M. LEJARS). — DOLBEAU, *Société anatomique*, 1854, p. 72.
- OBS. VII (Obs. VI du mémoire de M. LEJARS). — DUPONT (de Lausanne), *Société vaudoise de médecine*, séance du 4 avril 1878, in *Bulletin de la Société médicale de la Suisse romande*, 1878, p. 115-116. Cette observation est indiquée dans plusieurs recueils sous le nom de M. Morax. M. Morax présidait la séance de la Société vaudoise de médecine, où fut faite la communication de M. Dupont, ce qui explique l'erreur (note de M. Lejars).
- OBS. VIII (Obs. VII du mémoire de M. LEJARS). — LENZ, *Gazette médicale de Strasbourg*, n° 9, 1882 ?
- OBS. IX. — Obs. VIII du mémoire de M. LEJARS où elle est traduite presque littéralement du mémoire de C. BRUNNER, *Beiträge zur klinischen Chirurgie*. Bd IV, 1889, p. 31.
- OBS. X. — PICQUÉ ET POIRIER. — Etude sur la hernie obturatrice, *Rev. de chirurgie*, 1892, p. 342-348.
- OBS. XI (Obs. IX du mémoire de M. LEJARS) où elle est traduite presque littéralement du mémoire de C. BRUNNER, *loc. cit.*, p. 32.

- OBS. XII. — A. BROCA, *Bulletin de la Société anatomique*, janvier 1893, p. 88.
- OBS. XIII. — Obs. I, originale, du mémoire de M. LEJARS, p. 86.
- OBS. XIV. — GUINARD ET DUDEFOY, *Bulletin de la Société anatomique*, janvier 1893, p. 85-86.
- OBS. XV. — KOUSMINE, Tumeur volumineuse de la région iléo-fémorale gauche constituée par une hernie de la trompe utérine. *Revue de chirurgie*, 1895, p. 313-315.
- OBS. XVI. — WALTER, Obs. I de VASSAL. — *Hernie inguinale chez la femme, particulièrement chez la petite fille*. Th. Paris, 1895, n° 331.
- OBS. XVII. — MALHERBE, *Bulletin de la Société anatomique*, janvier 1895, p. 3-5.
- OBS. XVIII. — JALAGUIER, Obs. LXXI de BONNET. — *De la cure radicale de la hernie inguinale non étranglée chez l'enfant en bas âge*. Th. Paris, 1898, n° 603.
- OBS. XIX. — Traduite littéralement de R. GOEPEL. Contribution à l'étude des hernies de la trompe, in *Festschrift dem hochverehrten Freunde und Lehrer Benno Schmidt*. Soc. méd. de Leipzig, 3 mars 1896, p. 101-103.
- OBS. XX. — Traduite littéralement de JORDAN. Grossesse tubaire dans une hernie inguinale, travail de la clinique chirurgicale du Dr Czerny de Heidelberg, *Münchener medicinische Wochenschrift*, 1897, n° 1, p. 7-8.
- OBS. XXI. — P. WIART, *Bulletin de la Société anatomique*, juillet 1898, p. 537-539.

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot. — J. Thevenot, successeur, Saint-Dizier.
